

De usynlige barna

Atypisk tilknytning hos barn i omsorgsrisiko,
med vekt på barn av deprimerte mødre

Skrevet av Mari Urdal og Mirjam Skinnerlien



Hovedoppgave Cand.psychol,
Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo,
Oktober, 2008

*«Jeg følte ingen som helst tilknytning til
datteren min, og det gjorde at jeg bare ville dø.
Herregud, hun hadde vokst inne i kroppen min
og jeg følte meg ikke engang beslektet med
henne»*

(Shields, 2006, p. 82)

Tittel: ”De usynlige barna”: Atypisk tilknytning hos barn i omsorgsrisiko, med vekt på barn av deprimerte mødre

Forfattere: Mari Urdal og Mirjam Skinnerlien

Veileder: Lars Smith

Sammendrag

Dette er en teoretisk fremstilling av de ”usynlige barna”, et begrep som henspiller på barn i generell omsorgsrisiko. Disse barna preges av å vokse opp i familier hvor foreldrene, av ulike årsaker (jf. rusproblemer eller psykiske vansker), strever med å tilby gode oppvekstvilkår. Ikke overraskende viser forskning at barn av foreldre med alvorlige vansker selv løper en risiko for senere psykososiale og psykiske problemer. De negative konsekvensene synes å være best dokumentert for barn av foreldre med affektive lidelser. Vi har derfor valgt å gjøre denne gruppen til vårt hovedanliggende. Nærmere bestemt har vi ønsket å illustrere en generell problematikk ved å ta for oss konsekvenser for tidlig tilknytning hos barn av depressive mødre, så langt det er mulig. Enkelte steder har vi imidlertid gått utover dette og sett på følgetilstander for barn i omsorgsrisiko mer generelt, da noen av effektene er uspesifikke. Vi gjør nærmere rede for dette underveis. Vår fremstilling bærer preg av en utviklingspsykopatologisk tilnærmingssmåte. Da vi vet at noen barn klarer seg bedre enn andre når de vokser opp med depressive mødre, har det vært naturlig å komme inn på medvirkende årsaker til disse individuelle forskjellene. Herunder faktorer som har sammenheng med mødredepresjon (jf. genetisk og biologisk sårbarhet, risikofaktorer og resiliens, samt ulike former for inadekvat omsorgsutøvelse). Foruten å ta for oss konsekvenser av mødredepresjon (med vekt på tilknytningsproblematikk), har vi valgt å ta for oss intervensjoner som søker å fremme tidlig tilknytning. Vi synes dette er spesielt viktig fordi barn i omsorgsrisiko står i fare for utvikling av utrygg tilknytning, noe som igjen er en risikofaktor for senere psykopatologi. Avslutningsvis har vi sett nærmere på mulige kliniske implikasjoner av vår fremstilling.

Forord

Det har vært spennende å fordype seg i følgetilstander hos barn av depressive mødre. Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi lært noe om viktigheten av å ivareta tilknytningsperspektivet i klinisk praksis. Mødredepresjon er et viktig samfunnsmessig anliggende, blant annet da det har negative ringvirkninger med hensyn til barns utvikling og helse. På tross av dette, vet vi at mange depressive mødre ikke fanges opp av helsetjenesten. En årsak er at mange opplever det som skambelagt å bryte med myten om den lykkelige mor. Da vi vet at rundt en av ti kvinner rammes av depresjon i fertil alder, er det viktig at helsearbeidere er årvåkne og ser disse kvinnene, slik at de sikres nødvendig helsehjelp. Det er videre vesentlig at det tilbud som foreligger, ikke bare er rettet mot å lindre de depressive symptomene hos kvinnen selv, men også er rettet mot å styrke henne i foreldrerollen. Slik sett kan tilknytningsrelasjonen mellom barnet og den depressive moren ivaretas. Det er vårt håp at tabuene knyttet til det å ha negative følelser under svangerskap og barsel legges vekk. Skal nødvendige tiltak kunne iverksettes, er det viktig med åpenhet, både i klinikken og i samfunnet for øvrig.

Vi ønsker dessuten å takke vår veileder Lars Smith for grundige og gode tilbakemeldinger underveis i prosessen. Det har vært til uvurderlig hjelp for oss. Dernest vil vi takke pappan til Mari, og vår venninne Mari Johanne for hjelp med layoutmessige grep.

Oslo, 23.09.2008

Mari Urdal

Mirjam Skinnerlien

INNHALDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING.....	1
1.1. HISTORISK PERSPEKTIV PÅ FORSKNING PÅ BARN AV DEPRIMERTE MØDRE	2
1.2. DEPRESJON: DIFFERENSIERING OG SYMPTOMATOLOGI.....	3
1.3. TILKNYTNING	4
<i>Tilknytningsmønstre</i>	5
<i>Organisert tilknytning</i>	6
<i>Desorganisert tilknytning</i>	7
<i>Årsaker til variasjoner i tilknytningsmønstre</i>	7
1.4. KONSEKVENSER FOR BARNET NÅR MOR ER DEPRIMERT	9
1.5. KONSEKVENSER SOM DEPRESJON HOS MOR KAN FÅ FOR BARNETS TILKNYTNING	10
1.6. INTERVENSJONER FOR Å FREMME TRYGG TILKNYTNING HOS BARN I OMSORGSRISIKO.....	12
1.7. AVGRENSNING	13
1.8. PROBLEMSTILLINGER.....	13
2. MØDREDEPRESJON OG FØLGETILSTANDER HOS BARN.....	15
2.1. RISIKOFAKTORER OG RESILIENS	15
2.2. MEDIATORER OG MODERATORER	16
2.3. TRANSAKSJONSMODELLEN	19
2.4. BIOLOGISKE OG GENETISKE FAKTORER	19
2.5. BIOLOGISKE FØLGETILSTANDER	21
2.6. FORELDREATFERD BLANT DEPRIMERTE MØDRE	21
<i>"The Commonwealth Survey"</i>	22
2.7. FIENDTLIG VERSUS HJELPELØS FORELDREPROFIL BLANT DESORGANISERTE BARN	23
<i>Desorganisert tilknytning</i>	23
<i>Teoretisk modell av desorganisert tilknytning i spedbarnsalder</i>	23
<i>Tilknytningsintervjuet for voksne (The Adult Attachment Interview; AAI)</i>	24
<i>Atferdsforskjeller innen den desorganiserte tilknytningskategorien</i>	24
<i>Forskjellige familieegenskaper i de to spedbarnprofilene</i>	25
<i>To ulike foreldreprofiler blant barn med desorganisert tilknytning</i>	25
2.8. STABILITET OG ENDRING I TILKNYTNINGSMØNSTER OVER TID	28
<i>Kilder til kontinuitet</i>	28
<i>Kilder til diskontinuitet</i>	29
<i>Empiri</i>	30
<i>Oppsummering</i>	36
2.9. OVERFØRINGSMODELL AV INDRE ARBEIDSMODELLER, FORELDREATFERD OG TILKNYTNING	36
<i>Testing av overføringsmodellen</i>	36
<i>Mot en løsning på overføringsgapet</i>	37
3. DISKUSJON.....	38

3.1. METODISKE PROBLEMSTILLINGER	38
<i>Reliabilitet av deprimerte foreldres selvrapporter</i>	38
<i>Baltimore-undersøkelsen: replikasjonsundersøkelser med et større utvalg</i>	39
<i>Kritikk av sensitivitetsskalaen</i>	39
<i>Kritikk av FS</i>	40
<i>Kritikk av AAI</i>	40
3.2. TEORETISKE PROBLEMSTILLINGER	42
<i>Kan barnets temperament påvirke tilknytningstrygghet?</i>	42
<i>Kritikk av den desorganiserte tilknytningskategorien</i>	43
<i>Depresjon som et flerdimensjonalt begrep</i>	44
<i>Er følgetilstander for barn av deprimerte spesifikke for denne gruppen?</i>	45
<i>En "svak modell" av relasjonen mellom foreldredepresjon og tilknytningstrygghet</i>	45
4. INTERVENSJONER FOR Å FREMME TIDLIG TILKNYTNING.....	46
4.1. INTERVENSJONER SOM SØKER Å FREMME TIDLIG TILKNYTNING: TRE TERAPEUTISKE OPPGAVER.....	47
4.2. INTERVENSJONER SOM SØKER Å FREMME SENSITIVITET HOS OMSORGS GIVER	48
<i>"Circle of Security" (COS)</i>	48
<i>"Keys to Caregiving" (KTC)</i>	48
<i>"Interaction Guidance" (IG)</i>	49
4.3. INTERVENSJONER SOM SØKER Å ENDRE INDRE ARBEIDSMODELLER HOS OMSORGS GIVER	49
<i>"Toddler Parent Psychotherapy" (TPP)</i>	50
<i>"Minding the baby" (MTB)</i>	51
4.4. INTERVENSJONER SOM KOMBINERER DE TO FØRSTNEVNTE TILNÆRMINGENE	52
<i>"Steps Toward Effective, Enjoyable Parenting" (STEEP)</i>	52
<i>"Watch, Wait and Wonder" (WWW)</i>	52
<i>Leiden tilknytningsintervensjonsstudie</i>	53
<i>Oppsummering</i>	54
5. DISKUSJON.....	54
5.1 DESIGN OG METODISKE PROBLEMER.....	54
<i>Motstridende funn på intervensjonsfeltet</i>	55
<i>Hvorfor "less is more"?</i>	56
<i>Evaluerings av meta-analysene</i>	57
<i>Sammenfatning av fokuserte versus brede intervensjoner</i>	57
5.2 TEORETISKE PROBLEMSTILLINGER	58
<i>Kan barn ha ulik mottagelighet for intervensjonspåvirkning?</i>	58
<i>Atferds- og representasjonstilnærminger</i>	58
<i>Begrensning ved intervensjonsstudiene</i>	59
<i>Fokus på tidlig støtte</i>	59
6. OPPSUMMERING/KONKLUSJON.....	60

1. INNLEDNING

Barn av foreldre med rus- eller psykiske problemer er ”usynlige”, i den forstand at de ofte overses av hjelpeinstansene. Noen kan få en god omsorg og oppvekst under disse vilkårene, men mange vil som voksne fortelle om en barndom ”som gikk tapt”. Årsaken kan være at de gikk med en opplevelse av rolleombyting, skyld, skam, frykt og skuffelse - uten å få hjelp. Deres belastninger og behov var ikke synlige for omgivelsene. Epidemiologiske studier viser at det er stor risiko for psykososiale og psykiske problemer hos barn av foreldre med alvorlige problemer (Rimehaug et al., 2006). Den vanligste negative konsekvensen synes å være parentifisering. Det vil si at de overtar ansvar og oppgaver både med hensyn til omsorg og praktisk arbeid i familien, at de føler skyld for foreldrenes problemer, og dekker til forholdene i hjemmet. Rus, utagering, internaliserende psykisk lidelse og infantilisering forekommer ofte som tilpasningsmønster (Rimehaug et al., 2006). Dette kan forhindres av kunnskap, forståelse og økte mestringsferdigheter, men familiene ber sjelden om hjelp, og hjelpetjenesten fanger ikke opp behovet.

De ”usynlige” barna er en betegnelse på barn fra ulike risikogrupper. Vi bruker her betegnelsen om barn som vokser opp under barnevernets omsorg (barnehjemsbarn og fosterbarn), barn av rusmisbrukere, barn som vokser opp i familier preget av vold og konflikt, og barn av foreldre med ulike former for psykiske lidelser - det være seg affektive lidelser, angstlidelser, psykoser, og/eller personlighetsforstyrrelser. De negative konsekvensene synes å være best dokumentert for barn av foreldre med affektive lidelser (Rimehaug et al., 2006). Denne gruppen vil derfor utgjøre vårt hovedfokus. Mer spesifikt, ønsker vi å illustrere en generell problematikk ved å fokusere på konsekvenser for tidlig tilknytning hos barn av depressive mødre, så langt det er mulig. Enkelte steder vil vi imidlertid gå utover dette og belyse følgetilstander for barn i omsorgsrisiko mer generelt, da noen av effektene er uspesifikke. Vi vil gjøre nærmere rede for dette underveis.

Depresjon er i dag en av de hyppigst forekommende psykiske lidelser (Burke, 2003). Forskning viser at en av fem kvinner og en av ti menn en gang i løpet av livet kan regne med å oppleve en klinisk signifikant episode av depresjon, og av disse vil over 80 prosent få tilbakefall (Goodman & Gotlib, 2002). Noen studier tyder på at kvinner er mer utsatt for tilbakevendende og kronisk depresjon, sammenlignet med menn (Burke, 2003). For kvinner synes depresjon å være hyppigst forekommende i reprodutiv alder (Burke, 2003). Norske helseundersøkelser viser at mellom 10 og 15 prosent av kvinner i fertil alder har symptomer på angst og depresjon. Forekomsten er omtrent like høy i fasen med barnefødsler. Med

nærmere 60 000 fødsler i Norge årlig betyr det at 6-9000 spedbarnsmødre her til lands til enhver tid har psykiske plager. Da vi vet at psykiske plager hos mødre har negative ringvirkninger med hensyn til barnas utvikling og helse, kan man si at like mange spedbarn trolig er involvert (helse og levekårsundersøkelsen, 2005 ref fra Eberhard-Gran & Slinning, 2007).

Den tidlige samhandlingen mellom omsorgsgiver og barn danner grunnlaget for barnets psykologiske vekst og sosiale utvikling. Vanligvis er moren den primære omsorgsgiveren for barnet, spesielt i de første leveårene. Dermed er de negative effektene av mødredepresjon et stort helseproblem. Kunnskap om hvordan deprimerte foreldre påvirker barnet er derfor av stor samfunnsmessig betydning.

Forskning gir klare indikasjoner på at barn av deprimerte mødre har økt forekomst av emosjonelle vansker, atferdsforstyrrelser og kognitive utviklingsforstyrrelser (Downey & Coyne, 1990; Gelfand & Teti, 1990).

I forhold til miljømessige risikofaktorer for overføring av psykopatologi har forskning i stor grad fokusert på foreldre-barn relasjonen (Gelfand & Teti, 1990). Her vil vi også sette fokus på dette forholdet, og da spesielt på tilkynningsrelasjonen mellom barnet og den deprimerte moren. Vi har valgt å dele oppgaven i to hovedavsnitt. I den første og største delen fokuserer vi på hvilke følger depresjon hos mor kan få for barnets tilknytning. I den andre delen ser vi nærmere på intervensjonstiltak der det er gjort forsøk på å fremme barnets tilknytningstrygghet. I dette andre hovedavsnittet vil vi imidlertid belyse intervensjoner som søker å fremme tilknytningstrygghet hos barn i omsorgsrisiko generelt, da få studier er rettet mot barn av depressive mødre spesielt. Vi fremhever at intervensjon er viktig fordi utrygg tilknytning kan være en risikofaktor for senere psykopatologi. Det vil bli gitt separate diskusjoner for hver av hoveddelene, med en felles oppsummerende konklusjon.

1.1. Historisk perspektiv på forskning på barn av deprimerte mødre

Forskning på barn av deprimerte mødre hadde sitt utgangspunkt i studier av barn av schizofrene pasienter. Før 1970-årene var psykiatrien mest opptatt av hvordan familiens holdninger påvirket den psykisk syke. Senere ble man mer opptatt av hvordan psykiske problemer hos ett familiemedlem kan påvirke de andre i familien (Hammen, 1991). Siden 1970 årene har mange forskere brukt høyrisikometoden for å studere utviklingen av barnepsykopatologi (Mednick & Schulsinger, 1968 ref fra Gelfand & Teti, 1990). Når man anvender denne metoden blir populasjoner som har, eller antas å ha, økt risiko for å utvikle avvikende atferd identifisert og fulgt over tid (Gelfand & Teti, 1990). Det var først barn av

schizofrene foreldre som ble studert, siden man mente at de var i risiko både genetisk og på grunn av omsorgsmiljøet (Goodman & Brumley, 1990 ref fra Gelfand & Teti, 1990). Flere av disse longitudinelle studiene inkluderte deprimerte foreldre og deres barn som en kontrollgruppe (Hammen, 1991). Forskerne forventet opprinnelig at barn av schizofrene ville være de mest forstyrrede. På tross av dette, viste flere studier at barn av deprimerte var minst like forstyrrede, og noen ganger mer enn barn av schizofrene (Hammen, 1991). Dette var svært uventede funn for forskerne og stimulerte til økt forskning på konsekvenser for barn av deprimerte foreldre.

1.2. Depresjon: differensiering og symptomatologi

Depressive lidelser omtales ofte som affektive lidelser (eller stemningslidelser), og omfatter både maniske og depressive tilstander (Kringlen, 2005). De siste årene er det blitt enighet om at man bør skille mellom unipolare forstyrrelser (kun depresjon) og bipolare forstyrrelser (både depresjon og mani). Ved sjeldne tilfeller foreligger kun mani, tilstanden grupperes da som bipolar lidelse (Kringlen, 2005). Dette skillet går igjen i alle klassifikasjoner og støttes av behandlingsforskning som har vist at skillet har viktige behandlingsmessige implikasjoner (Krüger et al., 2000).

En depressiv episode karakteriseres av et knippe av symptomer. Disse er blant annet: nedtrykthet og eventuelt fortvilelse, konsentrasjonssvikt, tap av initiativ og pågangsmot, forstyrrelse i søvnmonster, ofte redusert evne til å oppleve følelser, pessimistiske tanker om fremtiden, en opplevelse av utilstrekkelighet og lav selvfølelse, ofte en følelse av at livet ikke er verdt å leve, eventuelle selvmordstanker, redusert energi, tretthet og utmattelse, forstyrrelse i appetitt, uforklarlig indre uro, rastløshet og irritabilitet (Malt et al., 2003).

Depresjon kan forekomme samtidig med andre psykiske lidelser (eksempelvis angst)- noe som betegnes som komorbiditet. Man må være klar over at depressive symptomer også kan forekomme som del av andre psykiske lidelser, og de skal da ikke klassifiseres som affektive lidelser (Malt et al., 2003). Mani er motsetningen til de depressive episodene. De oppstemte periodene kjennetegnes av forhøyet stemningsleie, økt aktivitetstrang og idèflukt. Personen har overskudd, pågangsmot, hemningsløshet, lite søvnbehov, sterke følelser, er optimistisk og føler sterk mestring. Hypomani er en mildere form for mani (Malt et al., 2003). Det er seks hovedgrupper av stemningslidelser. 1) Bipolart spektrum lidelser: her er de depressive periodene avbrutt av maniske eller hypomane perioder. De depressive episodene kjennetegnes av døgnvariasjon i symptomene, tidlig oppvåkning, tretthet, samt tap av evne til å føle glede (Malt et al., 2003). Bipolare tilstander begynner vanligvis tidligere, er sjeldnere

og har større familiær belastning enn de unipolare (Kringlen, 2005). De neste formene er unipolare lidelser. 2) Enkeltstående eller tilbakevendende depressiv lidelse: det psykososiale miljøet spiller en større rolle for denne enn de andre undergruppene. Tilstanden er uten døgnvariasjonen og den tidlige oppvåkningen som kjennetegner bipolart spektrum. 3) Dystymi: dette er en kronisk lidelse av flere års varighet. 4) Tilbakevendende kortvarig depressiv lidelse: de depressive episodene er kortere, med en varighet på 3-5 dager. 5) Tilpasningsforstyrrelser: dette er en lettere depressiv lidelse som er utløst av en avgrenset traumatisk hendelse. Symptomene er så lette at personen fungerer nesten normalt. 6) Organiske affektive lidelser: maniske eller depressive episoder som skyldes biologiske effekter av en annen somatisk sykdom, bruk av legemidler eller andre ytre tilførte biokjemisk aktive stoffer (som langvarig alkohol og narkotikamisbruk) (Malt et al., 2003).

Det siste tiåret har det vært økende interesse for det som betegnes som prenatale og postnatale depresjoner. En medvirkende årsak er at forskning har vist at opplevelser i spedbarnsalderen har stor innvirkning på senere utvikling. Dersom mor er deprimert i denne fasen vil det kunne ha store konsekvenser for barnet (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Vi kan skille mellom affektive symptomer som ikke er av klinisk karakter, og klinisk signifikante depresjoner knyttet til perioden. Førstnevnte henspiller på barseltårer, også kalt ammetåke, en normaltilstand av forbigående karakter som rammer 50-80 prosent av mødre og ikke krever intervensjon. Sistnevnte inkluderer prenatal depresjon, dvs. depresjon under svangerskapet, postnatal depresjon, dvs. depresjon som forekommer etter fødsel, og post partum psykose som gjerne er av affektiv karakter, og som kan være debut på en bipolar lidelse (Krüger et al., 2000).

Depresjon er med andre ord en svært heterogen lidelse. Nedenfor skiller vi imidlertid bare mellom unipolar og bipolar depresjon, da de fleste av studiene vi har gjennomgått, ikke har valgt å differensiere ytterligere.

1.3. Tilknytning

John Bowlby (1969, 1972, 1980) utarbeidet tilknytningsteorien i et forsøk på å forklare den psykiske belastningen hos barn som var atskilt fra sine foreldre over lengre tidsperioder, og som var under institusjonell omsorg. I sitt arbeid var Bowlby særlig inspirert av etologer, som vektlegger en vid, evolusjonær tilnærming til studiet av menneskelig atferd. Etologiske studier har vist at apeunger tilbringer de første ukene og månedene etter fødselen i nesten kontinuerlig nær fysisk kontakt med sine biologiske mødre. Bowlby merket seg at ungene viste en rekke former for instinktive responser som synes viktige også for tilknytning hos

menneker, hvilket inkluderer klenging, suging, gråt, og protest ved separasjon (Cole, Cole & Lightfoot, 2005). Etter noen få uker eller måneder (avhengig av hvilken primatart det dreier seg om), begynner ungene å bevege seg bort fra sine mødre for å utforske det proksimale fysiske og sosiale miljøet, men ved første tegn på fare skynder de seg tilbake til mødrene sine (Suomi, 1995 ref fra Cole et al., 2005). Bowlby tenkte seg at denne primatatferden også gjelder for mennesker. Han trakk inn systemteori og sammenlignet reguleringen av tilknytningssystemet med en termostat, hvis funksjon er å starte og stoppe tilknytningsatferden og dermed skape en balanse mellom barnets behov for trygghet og nye læringserfaringer (Cole et al., 2005).

Tilknytning kan ses som et emosjonelt bånd som er basert på behovet for trygghet og beskyttelse. Dette er særlig fremtredende i spedbarnsalderen og i barneårene, hvor individet er umodent og sårbart. Med andre ord, har barn en biologisk basert disposisjon til å knytte seg til sine omsorgsgivere. På denne måten tjener tilknytning en funksjon gjennom å fremme beskyttelse, overlevelse, og i siste instans reproduksjon. I relasjonen mellom foreldre og barn vil betegnelsen tilknytning gjelde barnets atferd og indre forestillinger, mens betegnelsen tilknytningsfigur alltid vil hense på de primære omsorgsgiverne (Prior & Glaser, 2006).

Bowlby (1969) tenkte seg at tilknytning normalt utvikler seg gjennom fire faser under de to første leveårene, før det til slutt etableres en gjensidig relasjon mellom barnet og omsorgsgiverne. Etter at denne er dannet, vil relasjonen hjelpe barnet med å opprettholde en følelse av trygghet under atskillelse. Bowlby antok at tilknytningen mellom foreldre og barn etterhvert begynner å fungere som en indre arbeidsmodell, som en konsekvens av barnets økende symbolske kapasitet. En indre arbeidsmodell vil si en mental modell som barnet konstruerer på bakgrunn av sine erfaringer og som blir veiledende for dets samhandling med omsorgsgivere og andre (Cole et al., 2005).

Tilknytningsmønstre

Forskning på tilknytning mellom mor og barn er sterkt inspirert av arbeidet til Mary Ainsworth. På grunnlag av observasjoner av mor-barn dyader i Uganda og i USA, konkluderte hun med at det er konsistente, kvalitativt forskjellige måter som mødre og barn forholder seg til hverandre på i tilknytningsrelevante situasjoner (Ainsworth 1967, 1982 ref fra Cole et al., 2005). De fleste dyadene hun observerte, så ut til å ha arbeidet fram en trygg og god relasjon i det andre leveåret, men noen av relasjonene var preget av vedvarende utrygghet og vansker med å regulere felles aktiviteter (Cole et al., 2005).

For å teste tilknytningstryggheten i mor-barn relasjonen, designet Ainsworth en prosedyre kalt ”fremmedsituasjonen” (heretter FS) (Cole et al., 2005). Den søker å måle individuelle forskjeller i organiseringen av tilknytningsatferd hos barn i alderen 12-18 måneder (Bowlby, 1969, 1997). Prosedyren gjør det mulig å observere hvordan barn gjør bruk av moren som en sikker base å utforske fra og en trygg havn å søke trøst hos, hvordan de responderer på kortvarige atskillelser og særlig på gjenforening etter slike atskillelser, og hvordan de responderer på en fremmed (Cole et al., 2005). Tilknytningsatferden vises fordi FS består av kumulative tilknytningsrelevante stressituasjoner som gir mulighet for å studere individuelle forskjeller (Bowlby, 1969, 1997). Ainsworth tenkte seg at ulike reaksjoner ville reflektere ulike former for relasjoner (Cole et al., 2005).

Tilknytningsmønstre kan klassifiseres på to ulike måter. Den ene har sammenheng med hvorvidt barnet har en organisert strategi med hensyn til å søke nærhet til omsorgsgiver dersom tilknytningssystemet aktiveres (Prior & Glaser, 2006). Dersom barnet mangler en organisert strategi, innebærer det en manglende evne til å håndtere den belastningen det opplever ved atskillelse gjennom en enhetlig tilnærming. Dette kan betegnes som desorganisering. Hos barn som har en organisert strategi, kan tilknytningsmønstre klassifiseres ut fra hvorvidt de føler seg trygge eller utrygge med hensyn til omsorgsgivers tilgjengelighet og respondering (Prior & Glaser, 2006).

Organisert tilknytning

Individer som har en organisert strategi for å nå målet om sikker base og trygg havn i forhold til en tilknytningsfigur, kan ha en trygg eller utrygg tilknytning til denne. En trygg tilknytning innebærer at individet føler en visshet om at tilknytningsfiguren vil være tilgjengelig og respondere på en sensitiv måte, dersom behovet for nærhet melder seg og tilknytningssystemet aktiveres. En utrygg tilknytning henspiller på at individet ikke er trygg på tilknytningspersonens respondering i så måte. En utrygg tilknytning kan videre deles inn i unngående og ambivalent tilknytning (Prior & Glaser, 2006).

Denne tredelte klassifiseringen (trygg, utrygg-unngående og utrygg-ambivalent), som reflekterer ulike former for organisert tilknytning, er et resultat av det banebrytende arbeidet til Ainsworth og medarbeidere. Da de ikke ønsket å gi deskriptive merkelapper ble de tre kategoriene kalt henholdsvis B, A, og C. FS brukes gjerne som et verktøy for å skille mellom disse mønstrene (Ainsworth & Witting, 1969; Ainsworth et al., 1978 ref fra Prior & Glaser, 2006). I det følgende vil vi kort beskrive hver av dem:

Barn som tilhører B-kategorien har det som kan betegnes som en trygg tilknytning. De er aktive under lek, blir opprørte i det moren forlater rommet, søker kontakt med henne så snart hun er tilbake, og vil raskt la seg trøste, for deretter å begynne å utforske igjen (Bowlby, 1969, 1997).

Barn i A-kategorien har en unngående tilknytning. De vil unngå moren etter atskillelse, og mange av dem vil behandle den fremmede på en mer vennlig måte enn moren (Bowlby, 1969, 1997).

Barn i C-kategorien har en ambivalent tilknytning. De veksler mellom å søke nærhet til moren og å motsette seg henne. Noen viser mer sinne enn andre barn, mens andre igjen er mer passive (Bowlby, 1969, 1997).

Desorganisert tilknytning

Main og Solomon (1986, 1990, ref fra Prior & Glaser, 2006) undersøkte over 200 videoopptak fra FS som hadde vært vanskelig å skåre, på nytt og fant at noen barn ikke passet inn i de opprinnelige tilknytningskategoriene. Disse så ut til å mangle en organisert strategi for å mestre belastningen selv ved kortvarige atskillelser. Dette ledet til introduseringen av en ny tilknytningskategori, kalt desorganisert tilknytning, eller kategori D (Prior & Glaser, 2006). Barn med desorganisert tilknytning viser ofte motstridende atferd. De kan blant annet nærme seg moren uten å se på henne, eller begynne å gråte så snart de har roet seg. Noen virker desorienterte, følelsesflaute, eller deprimerede. Andelen i kategorien er høyere blant de som er vanskjøttet, har vært utsatt for fysisk eller emosjonell mishandling, og hos barn hvis foreldre har psykiske lidelser (Atkinson et al., 2000).

Dersom et barn møter kriteriene for desorganisert tilknytning, gjøres det et forsøk på å skille mellom underliggende strategier (trygg, unngående eller ambivalent). Det kan således klassifiseres som desorganisert-trygg, desorganisert-unngående, eller desorganisert-ambivalent (Prior & Glaser, 2006).

Årsaker til variasjoner i tilknytningsmønstre

Ulike faktorer kan bidra til forskjellige tilknytningsmønstre hos barn. Forskning har særlig fokusert på fire sannsynlige faktorer: foreldreatferd, egenskaper ved barnet, belastninger i familien, og oppdragelsesstilen i den kulturelle gruppen mor og barn tilhører. Når det gjelder foreldreatferd synes sensitivitet, eller mangel på denne, å stå særlig sentralt (Cole et al., 2005). Det samme er gjeldende for den indre representasjonen. Ainsworth og medarbeidere hevdet for øvrig at sensitiv respondering overfor barnets signaler er det viktigste aspektet ved mødreatferd som kan knyttes til tilknytningsorganisering. "Sensitiv respondering har å gjøre

med i hvilken grad en mor kan styre sin interaksjon med barnet på en måte som står i sammenheng med de atferdsmessige signaler det gir om sin tilstand, sine behov, og omsider, sine ønsker og planer” (Ainsworth et al., 1975, p. 152 ref fra Prior & Glaser, 2006). I tilfeller hvor mor er deprimert vil det kunne virke negativt inn på hennes sensitivitet.

Ainsworths Baltimore-studie

Vi antar at Baltimore-studien er kjent for leseren og vil dermed kun gi en kort beskrivelse av denne. Undersøkelsen ble utført over en tiårsperiode fra slutten av 1960-tallet og fremover (Ainsworth et al., 1978 ref fra Smith, 2002). Ainsworths Baltimore-studie benyttet ikke bare den klassiske FS for å vurdere individuelle tilknytningsforskjeller, men inneholder også de første dataene om sammenhengen mellom foreldreatferd og tilknytningsmønster hos barn (Berlin & Cassidy, 2000). Mødre av barn som senere ble klassifisert som trygge, ble karakterisert som sensitive, varme og oppmerksomme på barnets signaler. Mødre av utrygge barn ble derimot betegnet som mindre sensitive. De var imidlertid insensitive på forskjellige måter. Mødre av unngående barn virket harde og kontrollerende, mens mødre av ambivalente barn virket inkonsistente og viste inadekvate responser (Berlin & Cassidy, 2000).

Ainsworths hypotese er at mødrenes mottagelighet for barnas signaler i mange ulike situasjoner gjør barna i stand til å danne en mental forestilling om moren som en tilgjengelig og lydhør person (Smith, 2002). Stort sett har replikasjonsstudier bekreftet Ainsworths sensitivitetshypotese, tross metodiske problemer (Smith, 2002).

Man antar at tilknytningspersonens sensitivitet er bestemt av omsorgsgiverens indre arbeidsmodell av tilknytning. Undersøkelser har vist at mødrenes sensitivitet kun forklarer en liten del av sammenhengen mellom deres arbeidsmodeller og barnas tilknytningstrygghet (Smith, 2002). Foreldrenes arbeidsmodeller påvirker dermed barnas tilknytning via andre overføringsmekanismer enn kun sensitiv reaksjon alene. Dette vil vi komme tilbake til senere.

Sensitivitetsskalaen

Til tross for at også andre faktorer er av betydning, synes imidlertid sensitivitet viktig for mor-barn relasjonen. En prosedyre som ble utviklet for å måle sensitiv mødreatferd, er Ainsworths sensitivitetsskala. Denne er en nipunkts skala med fem ankerpunkter: 1 = svært insensitive, 3 = insensitive, 5 = inkonsekvent sensitiv, 7 = sensitiv, og 9 = svært sensitiv (Ainsworth et al., 1974 ref fra Mörelus, Nelson & Gustavsson, 2006). Skalaen gir en global vurdering av hvor sensitiv moren er overfor barnets signaler, heller enn å kode for spesifikk mødreatferd (Meins et al., 2001). Skårer over sju på skalaen antas å indikere optimal fungering. Den er anvendt i en rekke studier som tar for seg mødresensitivitet (Pederson et al., 1990; De Wolff & van IJzendoorn, 1997 ref fra Mörelus et al., 2006).

1.4. Konsekvenser for barnet når mor er deprimert

Depresjonen kan få spesielt store negative ringvirkninger når den oppstår etter en fødsel. Problemene rammer ikke bare kvinnen, men også barnet som er fullstendig avhengig av henne for overlevelse og for utvikling av selvregulering, sosial kompetanse, mestring og etablering av trygg tilknytning (Bronson, 2000 ref fra Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Forskning tyder på at de tidlige opplevelsene til sped- og småbarn har stor betydning for senere utvikling. Depresjon hos mor har spesielt vist seg å ha negative effekter for barnets sosio-emosjonelle og kognitive utvikling (Eberhard-Gran & Slinning, 2007).

Negative effekter utvikles over tid og tar ulik form på forskjellige tidspunkter i barnets liv (Goodman & Gotlib, 1999). Problemtypen er delvis relatert til den fysiske og psykiske modenheten til barnet (Gelfand & Teti, 1990). I spedbarnsalderen har barn av deprimerte ofte høyere forekomst av uro og irritabilitet, utviklingsforsinkelser, vanskelig temperament og utrygg/desorganisert tilknytning, sammenlignet med barn av ikke-deprimerte. Barn av deprimerte pludrer mindre, er mindre uttrykksfulle, viser mindre fokusert oppmerksomhet, ser mer bort, protesterer oftere og har generelt et lavere aktivitetsnivå (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Omfattende observasjoner av sped- og småbarn av klinisk deprimerte mødre avslører at de har vansker med å regulere emosjonelle uttrykk, kontrollere aggressive impulser, dele og samarbeide med andre (Zahn-Waxler, Cummings, Iannotti et al., 1984, Zahn-Waxler Cummings, McKnew et al., 1984, Zahn-Waxler, McKnew et al., 1984 ref fra Gelfand & Teti, 1990). Deprimerte mødre snakker gjerne også mindre med barna sine og dermed kan språkutviklingen bli forsinket (Gelfand & Teti, 1990). Barn av deprimerte mødre i skole- og tenåringsalder har ofte mer skoleproblemer, dårligere sosial kompetanse og mer lese- og skrivevansker enn barn av ikke-deprimerte (Goodman & Gotlib, 1999; Eberhard-Gran & Slinning, 2007; Gelfand & Teti, 1990).

Studier tyder på at barn av deprimerte er spesielt utsatt for å utvikle klinisk depresjon. Weissman et al. (1987) fant at barn av klinisk deprimerte mødre hadde økt prevalens av depressiv lidelse. De fant også at gjennomsnittsalderen for debut av depresjon var signifikant tidligere hos barn av deprimerte (12-13 år) enn hos barn av friske foreldre (16-17 år). Forskning har også vist at barn av deprimerte kan få flere tilbakevendende depressive episoder som er av lengre varighet (Beardslee et al., 1993). Sherman et al. (1987, ref fra Gelfand & Teti, 1990) fant at tenåringsdøtre av deprimerte mødre ofte uttrykte dysforisk humør, mens døtre av ikke-deprimerte kvinner uttrykte mer glede. Fremtreden av dysforisk humør kan være et forvarsel om mer alvorlige affektive forstyrrelser senere (Gelfand & Teti,

1990). Flere studier viser at gutter er mer sårbare for mødredepresjon enn jenter (Bråthen, 1998; Murray & Cooper, 1997 ref fra Eberhard-Gran & Slinning, 2007).

Barn av deprimerte mødre har også økt forekomst av andre psykiske lidelser. Lidelser av eksternaliserende art omfatter særlig atferdsproblemer (Goodman & Gotlib, 1999; Weissman et al., 1987), ADHD, (Orvaschel et al., 1988 ref fra Gelfand & Teti, 1990) og stoffmisbruk (Weissman et al., 1987). Internaliserende lidelser som kan forekomme hos barn av deprimerte, er angstlidelser som fobier og panikklidelse (Weissman et al., 1987) og lav selvfølelse (Eberhard-Gran & Slinning, 2007).

1.5. Konsekvenser som depresjon hos mor kan få for barnets tilknytning

Dannelse av trygge tilkynningsforhold representerer en av de viktigste utviklingsoppgavene i spedbarnsalderen (Cicchetti & Toth, 1998). Dette danner grunnlaget for hvordan interpersonlige relasjoner oppleves senere. Kvaliteten på barnets senere tilkynningsforhold antas delvis å være bestemt av barnets interaksjonsmønster med den primære omsorgsgiver under barnets første leveår (Cicchetti & Toth, 1998).

Det er gjort mange studier av kvaliteten på tilkynningsmønsteret hos barn av depressive foreldre (DeMulder & Radke-Yarrow, 1991; Teti et al., 1995; Frankel & Harmon, 1996; Seifer et al., 1996; van IJzendoorn et al., 1999 ref fra Lyons-Ruth et al., 2002). Forskning har vist noe blandete funn.

van IJzendoorn et al. (1999, ref fra Lyons-Ruth et al., 2002) fant kun en svak sammenheng mellom desorganisert tilknytning hos barn og foreldredepresjon. Sammenhengen ble imidlertid større i kliniske utvalg av deprimerte mødre. Siden denne studien kun fokuserte på desorganisert tilknytning, kan det hende de ville ha funnet en større sammenheng dersom de hadde vurdert utrygg tilknytning mer generelt (Lyons-Ruth et al., 2002). Studier som har vist signifikante sammenhenger mellom depresjon og utrygg eller desorganisert tilknytning, har vært utført på kliniske utvalg. Også i kliniske utvalg har imidlertid forskningsresultatene vært blandet. DeMulder og Radke-Yarrow (1991), Frankel og Harmon (1996) og Seifer et al. (1996) ref fra Lyons-Ruth et al. (2002) fant ikke en signifikant relasjon mellom tilkynningsmønster hos barn og mødredepresjon blant mødre med unipolar depresjon. I DeMulder og Radke-Yarrow (1991, ref fra Lyons-Ruth et al., 2002) sin studie var imidlertid relasjonen mellom bipolar lidelse og utrygg tilknytning signifikant. Det var også forholdet mellom unipolar depresjon og kronisk dystymi (dobbel depresjon), samt utrygg tilknytning i Frankel og Harmon (1996, ref fra Lyons-Ruth et al. 2002) sin studie. Totalt sett er det funnet en sammenheng mellom mødredepresjon og utrygg tilknytning hos barn. Det

samme gjelder forholdet mellom alvorlig/kronisk depresjon og desorganisert tilknytning (Teti et al., 1995; Lyons-Ruth et al., 2002).

En betydelig årsak til at depresjon hos foreldrene er såpass utslagsgivende, kan være at de ikke klarer å følge opp barnas initiativ på en adekvat måte (Smith & Ulvund, 1999). Det er altså ikke depresjonen i seg selv som trenger å føre til utrygg tilknytning, men omsorgsstilen til den deprimerte (Cicchetti & Toth, 1998). Psykologisk insensitivitet og emosjonell utilgjengelighet er assosiert med foreldredepresjon og er en av de sterkeste indikatorene på utrygg tilknytning mellom foreldre og barn (DeWolf & van IJzendoorn, 1997 ref fra Cummings et al., 2000).

Med sensitivitet menes hvorvidt omsorgspersonene reagerer raskt og adekvat på uttrykk som gråt, smil eller vokalisering (Smith & Ulvund, 1999). Cummings og Cicchetti (1990) har vist at depressive foreldre er vesentlig mindre sensitive enn foreldre som ikke har slike vansker. Sammenhengen mellom foreldredepresjon og utrygg tilknytning kan derfor delvis forklares gjennom manglende sensitivitet (Smith & Ulvund, 1999).

Barn av deprimerte opplever ofte også emosjonell utilgjengelighet hos foreldrene i lange perioder (Cicchetti & Toth, 1998). Bowlby (1969, 1980, ref fra Toth et al., 2006) mente at atskillelse fra den primære omsorgsgiver fører til angst hos barnet. Han hevdet at dersom barnet utsettes for lange perioder med tap, inkludert psykologisk utilgjengelighet, vil utviklingen av en trygg indre arbeidsmodell av omsorgsgiver bli forstyrret. Psykisk utilgjengelighet av foreldre i lengre perioder vil skape forventninger om at tilknytningsfigurene er utilgjengelige og at selvet er ikke er verdt å bli elsket. Den implisitte kommunikasjonen er at barnet ikke fortjener kjærlighet, er verdiløs, avvist og at forelderen er ”tapt” for barnet (Cummings & Cicchetti, 1990). Dersom dette oppstår tidlig i livet, kan disse forventningene bli et fundamentalt aspekt ved barnets personlighetsorganisering (Cummings & Cicchetti, 1990). Det er altså gode grunner til å betrakte psykologisk utilgjengelighet som en risikofaktor for å utvikle utrygg tilknytning hos barn av deprimerte foreldre (Cicchetti & Toth, 1998).

Forskning viser at omsorgsstilen blant deprimerte mødre varierer mye (Gelfand, 1989; Gelfand & Teti, 1989; Radke-Yarrow, 1988 ref fra Gelfand & Teti, 1990). Depresjon kan gi seg utslag i manglende respons, passivitet og apati hos noen, mens andre er kronisk sinte, irritable og eventuelt utfører verbal og/eller fysisk mishandling (Gelfand & Teti, 1990). En deprimert mors omsorgsstil som sint, avvissende og hard kan ha en annen innvirkning på barnets selvfølelse og atferd, enn en som er apatisk, gråtende og ubeslutsom. Nyere forskning tyder på at det er minst to distinkte undergrupper innen den desorganiserte

tilknytningskategorien, som har sammenheng med to ulike omsorgsprofiler hos deprimerte mødre (fiendtlige vs hjelpeløse), som enten gir en desorganisert-trygg eller en desorganisert-utrygg form for tilknytning hos barn (Lyons-Ruth et al., 2002). Dette kommer vi nærmere inn på senere.

Det er viktig å fremheve at depresjon hos foreldre ikke alltid fører til utrygg tilknytning hos barn. Noen barn av foreldre med affektive lidelser, inkludert bipolare lidelser, danner likevel trygg tilknytning. Dersom barnet har utviklet utrygg tilknytning er dette kun en risikofaktor for senere psykopatologi (Cummings & Cicchetti, 1990). Det er viktig å ta i betraktning alvorlighetsgraden, varigheten av depresjonen, og spesielt i hvilken grad den påvirker morens sensitivitet overfor barnet (Campbell et al., 2004 ref fra Eberhard-Gran & Slinning, 2007). I hvert tilfelle kan det også være beskyttende faktorer til stede. Noen av disse kan komme fra barnet selv. For eksempel kan et barn ha et lett temperament med en høy tilpasningsevne. Andre beskyttende faktorer kan være miljøbestemte. For eksempel kan en jentes far, til tross for å være alkoholiker og deprimert, være kjærlig og omsorgsfull mot henne (Cummings et al., 2000).

Som hos alle barn, antas utviklingen hos barn av deprimerte å involvere kontinuerlige og pågående prosesser mellom individet og omgivelsene. Utviklingen er aldri statisk og endring er alltid mulig (Cummings et al., 2000). Et barn med trygg tilknytning vil kunne utvikle utrygg tilknytning over tid dersom det oppstår signifikante endringer i foreldre-barn relasjonen. Utviklingen kan også gå i motsatt retning, med utvikling av trygg tilknytning hos barnet som en følge av positive endringer i foreldrefungeringen (Cummings et al., 2000).

1.6. Intervensjoner for å fremme trygg tilknytning hos barn i omsorgsrisiko

Siden barn i omsorgsrisiko står i fare for utvikling av utrygg tilknytning, noe som igjen er en risikofaktor for senere psykopatologi, er det viktig å forske på tilknytning i forhold til forebyggende intervensjoner. Dette er spesielt viktig da barn med trygg tilknytning kan utvikle utrygg tilknytning over tid (Thompson, 1998 ref fra Toth et al., 2006).

De siste 15 årene er det utviklet en rekke intervensjoner for å fremme tidlig tilknytning (Berlin, 2005). Intervensjoner som går direkte på forholdet mellom mor og barn inkluderer: å bedre mødresensitivitet, modellering av omsorgsutøvelse, finne passende omsorgsrutiner, fremme sosial støtte og forsterkning, og å hindre sosial isolasjon ved å styrke mødrenes sosiale nettverk (Gelfand & Teti, 1990). Programmene har imidlertid gitt forskjellige konklusjoner om hvilke som er de beste intervensjonene (Berlin, 2005). Dette vil vi komme nærmere inn på senere i oppgaven.

Når det gjelder barn av depressive mødre spesielt, vil ikke terapeutiske intervensjoner som bedrer morens depresjon nødvendigvis lede til et mer funksjonelt forhold mellom mor og barn (Toth et al., 2006). Nettopp derfor er det viktig at intervensjoner, foruten å være rettet mot å behandle kvinnens depresjon, også er rettet mot å styrke henne i foreldrerollen.

Det kan være viktig å lære barnefaren om partnerens lidelse og betydningen av familiestøtte for å lindre styrken av morens depresjon. Fedres emosjonelle støtte og familiens mulighet til å utføre kompenserende omsorgsansvar under morens depressive episode kan fremmes ved økt forståelse av hennes psykiske tilstand. Fedre og eldre barn bør også motta instruksjon og assistanse i å ha ansvaret for husholdningen (Gelfand & Teti, 1990). De kan videre ha nytte av sosial støtte i en krevende barselperiode (Eberhard-Gran & Slinning, 2007).

1.7. Avgrensning

I første hovedavsnitt vil vi se nærmere på teori og empiri som omhandler barn av deprimerte mødre, spesielt med hensyn til tilknytningsproblematikk. Vi synes dette er viktig fordi disse barna er i risiko for utvikling av utrygg tilknytning. Da utrygg tilknytning er en risikofaktor for senere psykopatologi, kommer vi i andre hovedavsnitt inn på forebyggende intervensjonstiltak. I denne delen vil vi se nærmere på foreldre og barn i risiko mer generelt. Årsaken er at det ikke finnes så mange intervensjonsstudier rettet spesifikt mot barn av deprimerte mødre.

Hovedfokuset er på mulige virkninger av mødredepresjon, da det er gjort få studier på virkninger av depresjon hos fedre. Kvinner og spesielt mødre med små barn har også, som tidligere nevnt, større risiko for å bli deprimerte. Dessuten er det tradisjonelt sett mødre som er den primære omsorgsgiver for barn i de første leveårene. Av plassmangel tar vi hovedsaklig for oss barn frem til skolealder, med størst vekt på svært små barn.

1.8. Problemstillinger:

- *På hvilken måte kan depressive mødre vise mindre adaptiv omsorgsatferd og hvilke følgetilstander kan dette lede til hos barn?*

Vi vil drøfte faktorer som er medvirkende til at mødredepresjon påvirker barns tilknytning (slik som blant annet kvaliteten på parforholdet, sosial status, og graden av sosial støtte). Vi vil se nærmere på depressiv mødreatferd og hvordan denne kan komme til uttrykk gjennom mindre sensitiv interaksjon, ved at de er mer inkonsekvente, og i større grad unngår konflikter eller har en dårlig konflikthåndtering. Vi vil videre ta for oss hvordan mødredepresjon kan føre til to ulike omsorgsstiler (hjelpeløshet versus fiendtlighet), noe som igjen kan gi seg

utslag i to ulike tilknytningsstiler hos barn (desorganisert-trygg versus desorganisert-utrygg tilknytning).

- *Hvilke følgetilstander kan vi se hos barn av depressive mødre i et langtidsperspektiv?*

I denne delen vil vi se nærmere på stabilitet og endring i tilknytning over tid. Vi har lagt størst vekt på atypisk tilknytning, da det tross blandet evidens, er funnet en sammenheng mellom mødredepresjon og utrygg tilknytning hos barn. Tilsvarende er gjeldende for kronisk/alvorlig mødredepresjon og desorganisert tilknytning. Videre vil vi ta for oss overføring av tilknytning mellom generasjoner (jf. overføringsmodellen). Avsnittet er imidlertid ymtet på følgetilstander generelt, da det er få spesifikke tilknytningseffekter hos barn av depressive mødre.

- *Hvilke intervensjonstiltak kan iverksettes for å fremme trygg tilknytning hos barn?*

Vi vil her legge vekt på ulike intervensjonstiltak som brukes for å fremme tilknytningstrygghet hos barn. Enkelte av intervensjonene vi har tatt for oss er rettet mot barn av depressive mødre spesielt, men de fleste er rettet mot å forebygge utrygg tilknytning hos barn i omsorgsrisiko generelt. Årsaken til denne vektleggingen er at få intervensjoner er rettet spesifikt mot barn av deprimerte mødre.

2. MØDREDEPRESJON OG FØLGETILSTANDER HOS BARN

I denne oppgaven anvender vi en utviklingspsykopatologisk tilnærming. Tilnærmingen har vært omtalt som *”studiet av opprinnelsen til og forløpet av individuelle mønstre for feiltilpasset atferd, uansett hvordan de atferdsmessige forvandlingene kommer til uttrykk, og hvor komplekse utviklingsmønstrene enn måtte være”* (Sroufe & Rutter, 1984, s. 18 oversatt i Smith, 2004). Modellen vektlegger at en viktig del av det å forstå feiltilpasning består i å oppdage de prosessene og mekanismene som ligger til grunn for utviklingen av denne. For å forstå dette, vektlegger modellen at man må studere barn i høyrisikogrupper, barn som allerede har debutert med en vanske, samt normale barn (Smith, 2004). Fagfolk innen denne tradisjonen anser det viktig å studere normale barn fordi det selv før en forstyrrelse har utviklet seg, kan foreligge tegn på feiltilpasninger som kan være et varsel om senere patologi. Tilsvarende ser fagfolk betydningen av å kjenne til det avvikende for å kaste lys over de normale utviklingsprosessene.

2.1. Risikofaktorer og resiliens

I det følgende vil vi se nærmere på risikofaktorer og resiliens. Gjennom dette belyser vi hva som kan være medvirkende til at noen barn klarer seg bedre enn andre når de vokser opp med mødre som lider av depresjon. Vi bruker begrepet risikofaktorer om forhold som øker sannsynligheten for negative effekter hos barn, i kjølevannet av mødredepresjon. Det finnes en rekke slike faktorer. En av disse går under samlebetegnelsen sosiale stressfaktorer. Betegnelsen henspiller på livshendelser som ekteskapsproblemer, tap av jobb eller helse, enesomsorg for barn, rusmisbruk, og vanskelige sosioøkonomiske omstendigheter (jf. dårlige boforhold, og fattigdom). Evidens viser at samtlige av disse spiller en rolle med hensyn til sammenhengen mellom mødredepresjon og utvikling hos barn (van Doesum, Hosman & Riksen-Walraven, 2005).

Resiliens har vært gjenstand for mye oppmerksomhet innen utviklingspsykologien de siste tiårene. Dette er ikke overraskende gitt store individuelle forskjeller i hvordan barn mestrer belastende livshendelser. Noen barn klarer seg tilsynelatende godt, andre viser problemer av vedvarende karakter. Resiliens kan være med på å forklare noe av denne individuelle variasjonen. Nærmere bestemt kan det si noe om hva som kjennetegner de som klarer seg i møte med belastende livshendelser, både med hensyn til omsorgsmiljø og disposisjonelle egenskaper (Sroufe et al., 2005).

Sroufe og medarbeidere (2005) hevder at resiliens best kan konseptualiseres som et produkt av barnets erfaringshistorie, heller enn en innebygget, uforanderlig egenskap ved individet. De ser resiliens som en iboende egenskap ved utviklingssystemet. Imidlertid hevder de at det kan komme til å bli et definerende trekk ved noen individer over tid, gitt adekvat utviklingsstøtte. Resiliens kjennetegnes av positive intra- og interpersonlige forventninger (selv i perioder preget av motgang), fleksibel selvregulering, og en rekke mestringsferdigheter individet kan dra nytte av ved behov (Sroufe et al., 2005).

Nært knyttet opp mot resiliens finner vi beskyttende faktorer. Av beskyttende faktorer kan gode relasjoner til storfamilien og andre voksne, samt disposisjonelle egenskaper ved barnet slik som et lett temperament, og god intellektuell utrustning nevnes som viktig. Videre kan barnets far tjene som en buffer mot negative effekter av mødredepresjon dersom han har en stabil psykisk helse, og slik sett er med på å ivareta familieharmonien (Burke, 2003).

2.2. Mediatorer og moderatorer

Studier har vist at det er en signifikant, men beskjeden sammenheng mellom mødredepresjon og utrygg tilknytning. Dette gjelder særlig i tilfeller hvor mødredepresjonen er kronisk og/eller av alvorlig karakter (Lyons- Ruth et al., 2002 ref fra McMahon et al., 2006). Imidlertid er det i noen studier ikke funnet en slik sammenheng, og i samtlige undersøkelser synes det klart at et vesentlig antall depressive mødre er i stand til å gi barna et sensitivt omsorgsmiljø (Cicchetti, Toth & Rogosh, 1999; NICHD, 1999 ref fra McMahon et al., 2006).

Forskningsmessig har det vært en utfordring å klargjøre hvilke følgetilstander hos barn som varierer som følge av mødrenes depresjon. Forskere har også ønsket å se nærmere på hvilke faktorer som, uavhengig av depresjon, kan endre sannsynligheten for at en fødselsdepresjon vil være forbundet med svekket foreldreatferd eller en utrygg tilknytningsrelasjon (Cicchetti et al., 1999; Crockenberg & Leerkes, 2003; Martin & Gaffan, 2000 ref fra McMahon et al., 2006).

Vi vil i det følgende belyse faktorer som kan ha en innvirkning på sammenhengen mellom mødredepresjon og tilknytningstrygghet hos barn. Først vil vi belyse mediatorer, deretter moderatorer.

En mediator vil si ”en generativ mekanisme” som kan forklare hvordan en uavhengig variabel vil kunne påvirke et gitt utfall. Vi har valgt å skille mellom biologiske og psykososiale mediatorer.

Biologiske mediatorer

Miljøfaktorer kan ikke fullt ut forklare de negative effektene av mødredepresjon hos barn. Genetiske faktorer vil indirekte påvirke sannsynligheten for symptomutvikling (Rutter et al., 2001 ref fra Elgard et al., 2004). Foreldre som har en genetisk disposisjon for depresjon, vil med økt sannsynlighet også skape risikofylte hjemmemiljøer, noe som skyldes samspillet mellom arv og miljø.

Mødredepresjon kan videre påvirke blodgjennomstrømningen hos fosteret og utviklingen av det autonome nervesystem. Mer spesifikt gjelder dette fosterutviklingen av det nevroendokrine - og nevrotransmitteriske system. Hypothalamus-hypofyse-binyrebark aksens (HPA-aksen) er av spesiell interesse, da atypisk aktivitet i denne er forbundet med depresjon hos voksne og desorganisert tilknytning hos barn (Askman et al., 2002; Hertzgaard et al., 1995 ref fra Elgard et al., 2004). Nevrologiske data gir evidens for økt hjerterytme og forhøyede kortisolnivåer, mindre blikkontakt, minsket fysisk aktivitet og færre vokaliseringer hos spedbarn av depressive mødre (Field et al., 1988 ref fra Elgard et al., 2004). Gitt at abnormal autonom fungering vedvarer i barndommen (Dawson et al., 2003 ref fra Elgard et al., 2004), har enkelte forskere hevdet at tidlig eksponering for mødrestress- og depresjon sensitiverer barnets responser i hypofyse-binyrebarken overfor senere stresseksposering (Essex et al., 2002 ref fra Elgard et al., 2004).

Psykososiale mediatorer

Som vi tidligere har vært inne på, kan depressive foreldre vise ulike former for inadekvat omsorg. Den irritabilitet, selvsentrering og hjelpeløshet som ofte følger av en depresjon, kan lede til fiendtlig, uoppmerksom eller emosjonelt utilgjengelig omsorgsutøvelse (Cummings & Davies, 1994 ref fra Eamon & Zuehl, 2001). Gitt foregående resonnement, er det naturlig å se foreldreatferd som en antatt mediator mellom mødredepresjon og maladaptiv fungering hos barn (Cummings et al., 2000)

Depresjon hos voksne er videre funnet å samvarierte med ekteskapsproblemer. Et konfliktfylt samliv kan mediere effektene av mødredepresjon. Det vil kunne bidra til å undergrave barnets emosjonelle trygghet (Cummings & Davies, 1995; Davies & Cummings, 1994 ref fra Cummings & Davies 1999). Ekteskapsproblemer kan således bidra til å påvirke barnets tilknytningstrygghet i negativ retning. Det er imidlertid verdt å merke seg at det ikke nødvendigvis behøver å være tilfelle. Hvorvidt det for et barn oppleves belastende eller ikke å observere en ekteskapskonflikt, avhenger av konfliktens uttrykksform, og om denne løses på en adekvat måte. Ikke overraskende regnes konflikter som preges av fysisk aggresjon mellom foreldrene, som en svært vanskelig opplevelse for barnet. Å være vitne til konflikter som løses

på en konstruktiv måte, trenger derimot ikke å oppleves som spesielt belastende (Cummings, Ballard, El-Sheik & Lake, 1991; Jenkins & Smith, 1991 ref fra Cummings et al., 2000).

Moderatorer

En moderator sier noe om styrken eller retningen på relasjonen mellom en uavhengig variabel og et gitt utfall. Et vanskelig temperament kan moderere barnets respons på et deprimert familiemiljø (Crockenberg, 1986; Wachs & Gandour, 1983 ref fra Cummings & Davies, 1999). Slik vi forstår det, innebærer dette at temperament kan ha en innvirkning med hensyn til hvordan barn opplever og responderer på effektene av mødrenes depressive tilstand. Det er mulig å tenke seg at barn med et vanskelig temperament er ekstra sårbare når de vokser opp med depressive omsorgspersoner.

Videre har en studie vist at svært lav sosioøkonomisk status øker sannsynligheten for en sammenheng mellom mødredepresjon og utrygg eller desorganisert tilknytning (Lyons-Ruth et al., 2002 ref fra McMahon et al., 2006). Stressteori hevder at fattigdom har en innvirkning på sosio-emosjonelle problemer hos barn gjennom å gi opphav til livsstressorer og kroniske belastninger, som predikerer mødredepresjon. Mødredepresjon er igjen knyttet til inadekvat omsorgsutøvelse som bidrar til maladaptiv utvikling hos barn. Vi antar derfor at sosioøkonomisk status best kan konseptualiseres som en moderator i denne sammenheng.

På samme måte som svært lav sosioøkonomisk status kan øke sammenhengen mellom mødredepresjon og utrygg tilknytning hos barn, synes sosial støtte å virke som en buffer mot dette. Sosial støtte vil si de sosiale ressursene enhver har tilgjengelig ved behov (McCarty & McMahon, 2003). Av spesiell betydning i denne sammenheng, er den sosiale støtte moren kan hente fra sin partner i en belastende livssituasjon. En studie viste at en god relasjon mellom far og barn virket beskyttende mot tilpasningsvansker hos barnet, i tilfeller hvor mor viste alvorlige (men ikke milde) depressive symptomer (Tannenbaum & Forehand ref fra Cummings & Davies, 1999).

Kjønn og alder er også å regne som modererende faktorer. I en studie fra New Zealand ble det funnet signifikante sammenhenger mellom mødredepresjon og senere depressive symptomer hos tenåringsjenter, men ikke hos gutter (Fergusson, Horwood & Lynskey, 1995 ref fra Elgard et al., 2004). Dette kan enten skyldes en høyere prevalens av depressive symptomer hos tenåringsjenter generelt, eller en høyere sensitivitet hos døtre med hensyn til effekten av mødredepresjon. Andre studier har funnet tilsvarende relasjoner mellom symptomer på mødredepresjon og tilpasningsvansker hos begge kjønn. Det synes derfor for tidlig å trekke klare slutninger (Elgard et al., 2003 ref fra Elgard et al., 2004).

Mødredespresjon kan videre ha ulike effekter for barn på ulike alderstrinn.

Tilknytningsvansker har gjerne sin opprinnelse i spedbarnsalderen. Det kan imidlertid tenkes å være en forsinket aktivering av en genetisk predisposisjon med hensyn til emosjonelle vansker i barneårene. Utilstrekkelig foreldredisiplin og forstyrret atferd hos barnet kan først vise seg i ungdomsalderen. Styrken av enhver innflytelse på barnets tilpasning som følge av morens affektive tilstand, kan endres på tvers av alderstrinn (Elgard et al., 2004).

2.3. Transaksjonsmodellen

Mange utviklingsteoretikere tenker seg at effekten av tidlig erfaring i siste instans avhenger av relasjonen mellom barnet og dets miljø. Slike tilnærminger til barns utvikling kalles transaksjonstilnærminger. De ser på hvordan egenskaper ved barnet og egenskaper ved miljøet interagerer over tid for så å bestemme utviklingsutfallet (Sameroff & Mackenzie, 2003 ref fra Cole et al., 2005). Forskning på temperament er et område som har utfordret antagelsen om at spedbarnsatferd kun er miljøbestemt. Forskning har vist at mange temperamentsforskjeller er medfødte og at relasjonen mellom foreldrene og barn er gjensidig. Transaksjonsmodellen kan illustrere hvordan dette finner sted. Spedbarnets atferd vil være med på å forme foreldrenes respons. Et spedbarn som raskt roes når det blir trøstet, vil lett øke foreldrenes opplevelse av mestring og kompetanse. Motsatt, vil et spedbarn som stivner og fortsetter å gråte under forsøk på trøst, med økt sannsynlighet få foreldrene til å føle seg avviste og hjelpeløse. Dess mer responderende spedbarnet er overfor den støtte og trøst som gis av foreldrene, dess enklere er det å etablere et sterkt følelsesmessig bånd (Atkinson et al., 2000). Slik sett kan man si at spedbarnet aktivt deltar i sin egen tilknytningsprosess. Imidlertid synes det å være nokså stor enighet innen tilknytningstradisjonen om at barns temperament ikke har en hovedeffekt på tilknytning, men at det kan ha en modererende effekt (Smith, i personlig samtale, 01.09.2008).

2.4. Biologiske og genetiske faktorer

Foruten miljøfaktorer vil også biologiske og genetiske faktorer spille en rolle for tilknytningstrygghet hos barn. Temperament viser til en delvis genetisk betinget tendens til å reagere på en bestemt måte i nye og utfordrende situasjoner (Kagan, 1989, 1994 ref fra Eisen, Schaefer & Barlow, 2007). Opprinnelig definerte Thomas og Chess (1977, ref fra Eisen et al., 2007) temperament i form av ni dimensjoner: aktivitetsnivå, rytmisitet, tilnærming - tilbaketrekning, tilpasning, intensitet, grad av respondering, affekt, distraherbarhet, og oppmerksomhetsevne. De valgte videre å skille mellom tre overordnede kategorier,

henholdsvis lett temperament, vanskelig temperament, og et temperamentsmønster preget av langsom tilvenning til nye situasjoner.

Spedbarn med et vanskelig temperament vil være en større utfordring for sine omsorgsgivere. Slik sett kan temperament ses som en risikofaktor for insensitiv omsorgsutøvelse og utvikling av utrygg eller desorganisert tilknytning. Det finnes imidlertid flere forskningsmessige funn som sår tvil om en direkte og determinerende relasjon mellom temperament og tilknytningstrygghet (Prior & Glaser, 2006).

Foruten temperament er det mulig at også enkelte andre genetiske faktorer har en innvirkning på tilknytningstrygghet hos barn. Lakatos et al. (2000, ref fra Prior & Glaser, 2007) fant et genetisk bidrag til desorganisert tilknytning. De undersøkte 90 friske lavrisikospedbarn i FS. Disse ble testet for et bestemt gen (en 48bp polymorfisme på det tredje eksonet av DRD4genet), uavhengig av tilknytningsklassifisering. En bestemt genetisk sammensetning (en repetisjon av allel nr. 7) ble funnet hos 71 prosent av de desorganiserte, sammenlignet med 29 prosent av de ikke-desorganiserte. Lakatos et al. (2000) konkluderte derfor med at ”en bestemt genetisk sammensetning (en repetisjon av allel nr 7) synes å ha en sammenheng med desorganisert tilknytning innen ikke-kliniske, lavrisikoutvalg” (p. 633 ref fra Prior & Glaser, 2007). I 2002 rapporterte forskningsgruppen ytterligere funn med hensyn til denne sammenhengen (Lakatos et al., 2002 ref fra Prior & Glaser, 2007). Denne gangen konkluderte de med at ”funnet støtter våre tidligere antagelser om at DRD4-genet spiller en rolle for utvikling av tilknytningsatferd hos normale, lavrisikopopulasjoner” (p. 29 ref fra Prior & Glaser, 2007).

Bakermans-Kranenburg og van IJzendoorn (2004, ref fra Prior & Glaser, 2006) forsøkte å replikere disse funnene og kom til en annen konklusjon. De fant at ”den empiriske evidensen pr. dags dato ser ut til å støtte variasjon i foreldreatferd heller enn genetiske faktorer som en forklaring på tilstedeværelsen eller fraværet av desorganisert tilknytningsatferd” (p. 215 ref fra Prior & Glaser, 2006). I en senere oversiktsartikkel (2007) hevdet de imidlertid at DRD4genet kunne knyttes til økt risiko for desorganisert tilknytning, men kun dersom det samtidig foreligger en miljørisiko. De tok dermed til orde for en gen-miljøinteraksjon (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2007).

Ifølge Prior og Glaser (2006) synes det enda ikke å ha kommet en løsning på debatten om hvorvidt genetiske faktorer har en innvirkning på tilknytningstrygghet (Prior & Glaser, 2006).

2.5. Biologiske følgetilstander

Vi har vært inne på at medfødte biologiske forskjeller, som temperament, kan ha konsekvenser for tilknytningstrygghet hos barn. Det samme synes å være gjeldende for biologiske endringer som inntreffer etter fødsel, som en følge av mødredepresjon. Forskning har vist at mødredepresjon kan lede til biologiske endringer hos barn med hensyn til frontal aktivering.

Dawson et al. (1997, ref fra Smith et al., 2002) undersøkte effekten av mødredepresjon på barns psykobiologiske og atferdsmessige utvikling. De målte frontal aktivering ved hjelp av EEG, foruten å studere barnas samhandling med mødrene ved hjelp av en standardisert samspillobservasjon. Barn av depressive mødre viste en redusert venstresidig frontal EEG-aktivitet. De hadde videre en vesentlig lavere indikasjon på frontal asymmetri, enn barn av normalt fungerende mødre. De to gruppene skilte seg ikke med hensyn til EEG-aktivitet i parietallappen. Studien viste at den nedsatte aktiviteten i venstre frontallapp hos barn av depressive mødre var relatert til redusert tilnærmingsatferd. Videre kunne økt generalisert frontalaktivitet ses i sammenheng med høyere grad av aggressiv atferd og raserianfall.

Alt i alt, tyder resultatene på at visse forandringer i barns hjerneaktivitet er relatert til mindre tilnærmingsatferd og større problemer med å regulere negativ affekt. Resultatene viste at de depressive mødrenes insensitive atferd var relatert til den atypiske hjerneaktiviteten. Manglende sensitivitet utgjør sannsynligvis et bindeledd mellom depresjon hos mor etter fødsel og barnets utrygge eller desorganiserte tilknytning på et senere tidspunkt (Dawson et al., 1999 ref fra Smith, 2002).

Foruten biologiske følgetilstander av mødredepresjon er det funnet biologiske korrelater til ulike tilknytningsmønstre hos barn. Blant annet har man i FS observert økte kortisolresponser hos utrygge og desorganiserte barn (Spangler & Grossman, 1993; Gunnar et al., 1996; Nachimas et al., 1996; Spangler & Scieche, 1998 ref fra Spangler & Zimmerman, 1999), noe som kan bekrefte antagelsen om at disse barna har mindre optimale mestringsstrategier (Spangler & Zimmerman, 1999).

2.6. Foreldreteatferd blant deprimerte mødre

En rekke vansker blant barn av deprimerte kan knyttes til dysfunksjonell omsorgsutøvelse (Cicchetti & Toth, 1995). Sammenlignet med ikke-deprimerte, har deprimerte foreldre blitt beskrevet som mer inkonsekvente, mer likegyldige, og ineffektive med hensyn til barneoppdragelse og disiplin (Cunningham et al., 1986; Zahn-Waxler et al., 1990 ref fra Cicchetti & Toth, 1995). Deprimerte foreldre forsøker gjerne å unngå konflikt og tolererer

ofte ulydighet. Når de imidlertid forsøker å begrense barnas krav, vil de i mindre grad inngå kompromisser (Kochanska et al., 1987 ref fra Cicchetti & Toth, 1995). Murray et al. (1993, ref fra Cicchetti & Toth, 1995) fant at deprimerte mødres språk uttrykte mer negativ affekt, mindre fokus på barnets opplevelse og mindre oppmerksomhet mot barnets bevegelser, enn språket til ikke-deprimerte. Deprimerte mødre legger også barnet flere negative egenskaper i spillssituasjoner enn det friske mødre gjør (Radke-Yarrow et al., 1990 ref fra Cicchetti & Toth, 1995). De er også vist å bruke mer angst- og skamfremkallende disiplinmetoder (Susman et al., 1985 ref fra Cicchetti & Toth, 1995). Studier viser videre at deprimerte mødre skriker og slår mer (Panaccione & Wahler, 1986 ref fra Cicchetti & Toth, 1995). Forskning basert på videoanalyser av mor-barn spill viste at deprimerte mødre i mindre grad ser på, berører og prater med barnet, enn ikke-deprimerte mødre. De responderer også langsommere og mindre konsekvent. Tilsvarende viser de færre positive og flere negative ansiktsuttrykk (Cohn et al., 1986; Field, 1995 ref fra Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Som tidligere nevnt, er deprimerte mødre ofte psykologisk utilgjengelige. Sett fra et tilknytningsperspektiv regnes psykologisk utilgjengelighet som mer skadelig enn fysisk utilgjengelighet (Cicchetti, Toth & Rogosch, 2004). Deprimerte foreldre er ofte blitt beskrevet av klinikere som tilbaketrukne, triste og apatiske (Lyons-Ruth et al., 2002). Forskere har imidlertid også dokumentert en økt frekvens av fiendtlig og irritabel atferd (Lyons-Ruth et al., 1986; Weissman & Paykel, 1974 ref fra Lyons-Ruth et al., 2002), samt uforutsigbar og påtrengende atferd (Cohn et al., 1986; Cummings & Cicchetti, 1990 ref fra Cicchetti et al., 2004).

"The Commonwealth Survey"

"The Commonwealth Survey" er den første nasjonalt representative surveyen i USA, med totalt 2017 deltakende familier, som utforsket foreldreatferd blant depressive foreldre. Alle deltakerne hadde barn under tre år. Surveyen dokumenterer nok en gang den store bredden i foreldreatferd assosiert med depresjon. Surveyen ble utført av "the Commonwealth Fund" (Lyons-Ruth et al., 2002 ref fra Lyons-Ruth et al., 2002).

Resultatene viste at depressive symptomer har betydelig større sammenhenger med irritabel og straffende foreldreatferd, enn sosioøkonomisk status. Surveyen beskriver også to forskjellige "depresjonsansikter": foreldrene viste enten mindre positiv og strukturert interaksjon, eller de ble lettere irriterte og angrep mer sannsynlig barnet verbalt og/eller fysisk, enn ikke-deprimerte. Ifølge Lyons-Ruth et al. (2002) er dette i overensstemmelse med tidligere funn. Denne tilbaketrukne og irritable atferden blir omtalt mer utførlig nedenfor.

2.7. Fiendtlig versus hjelpeløs foreldreprofil blant desorganiserte barn

Det finnes altså studier som tyder på at deprimerede foreldre enten kan vise tilbaketrukket eller fiendtlig atferd overfor barna i tilknytningsrelevante situasjoner. De to profilene kan videre være assosiert med desorganisert tilknytning hos barnet. Det er også evidens for at de kan ha forskjellig forbindelse til to ulike undergrupper av desorganisert tilknytning. Før vi beskriver empirien for dette nærmere, er det imidlertid nødvendig med noe bakgrunnskunnskap om desorganisert tilknytning.

Desorganisert tilknytning

Forekomst av desorganisert tilknytning i spedbarnsalder har variert fra 13 til 82 prosent, avhengig av type familierisikofaktorer. Risikofaktorer som alvorlig depresjon, bipolar lidelse, barnemishandling, alkoholmisbruk hos foreldrene og lav sosioøkonomisk status har sammenheng med en signifikant økning av desorganisert tilknytning i spedbarnsalder (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999; Berlin & Cassidy, 2000). Desorganisert tilknytning er altså ikke kun en konsekvens av manglende sensitivitet hos foreldrene, men kan også skyldes andre forhold (van IJzendoorn et al., 1999).

Teoretisk modell av desorganisert tilknytning i spedbarnsalder

Main og Hesse (1990) hevdet at desorganisering hos barnet oppstår når omsorgspersonens ubestemte ("unresolved") frykt relatert til tidligere tap eller traumer fører til skremt eller skremmende foreldre-atferd. Denne atferden fører til en desorganisering av barnets tendens til å søke nærhet til omsorgsgiver som en løsning på frykten. Barnets frykt for egne omsorgspersoner plasserer det i et uløselig dilemma. Omsorgspersonen er både kilden til frykt og et tilfluktssted for trygghet. Motstridende atferdstendenser hemmer spedbarnet fra å utnytte strategier som å søke trøst og støtte fra omsorgspersonen. Spedbarnet skifter heller fokus bort fra personen (unngåelse), eller veksler mellom å søke og å motsette seg trøst (ambivalens) (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999).

Ifølge Hesse og Main (1999, ref fra Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999) er den sentrale konflikten som skiller desorganiserte barn fra andre utrygt tilknyttede barn, at de ikke kan finne en løsning på dette dilemmaet. Årsaken er at de i tilknytningsrelevante situasjoner frykter omsorgspersonene de trenger å søke trygghet hos. Denne grunnleggende hypotesen har oppnådd betydelig støtte fra empiriske studier (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999). Dette vil belyses nærmere nedenfor. Først vil vi vise til hvordan man klassifiserer foreldrenes tilknytning.

Tilknytningsintervjuet for voksne (The Adult Attachment Interview; AAI)

AAI (George et al., 1985; Main et al., 1985 ref fra Smith, 2002) er en semistrukturert intervjusituasjon. Intervjupersonen (som er mor eller far) skal gi en beskrivelse av sine erindrede tilknytningsrelasjoner i egen oppvekst. Hensikten er å få en vurdering av personens nåværende psykiske tilstand med hensyn til tilknytningsforhold (Hesse, 1999 ref fra Smith, 2002). Main et al. (1985, ref fra Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999) fant fire brede klassifikasjoner av voksnes tilknytningshistorie.

Voksne klassifisert som *selvstendige* ("autonomous"), gir en sammenhengende beretning om tilknytningserfaringer. De har innsikt i hvordan barndomserfaringene har påvirket utviklingen og personligheten deres (Smith, 2002). Voksne klassifisert som *avvisende* ("dismissing"), har liten innsikt i hvilken påvirkning tidlig tilknytningserfaring har hatt på senere utvikling. De beskriver ofte foreldrene på en svært positiv måte, som enten ikke støttes eller som motsies av hva de sier senere i intervjuet (Smith, 2002). Voksne klassifisert som *oppslukt av egne tanker* ("preoccupied"), viser en frustrert, sint, passiv opptatthet av sine tilknytningspersoner (van IJzendoorn, 1995). De kommer med en overvekt av negative erindringer og snakker mye om tilknytningsforhold, men med liten beslutning om de emnene som berøres. De har ofte erindringsproblemer ved fortellinger om tap eller andre tilknytningsrelaterte traumer (Smith, 2002). Den selvstendige klassifikasjonen anses som trygg. Avvisende og oppslukt klassifikasjonene anses som utrygge (van IJzendoorn, 1995). Voksne sorterer inn under en *ubestemt tilknytningsklassifikasjon* ("unresolved") dersom de faller ut under resonneringen. Dette kan for eksempel skje når en diskusjon om tap inneholder subtile indikasjoner på at vedkommende ikke tror at personen faktisk er død, eller dersom en utvidet stillhet (20 sekunder eller mer) oppstår i midten av en setning (Schuengel et al., 1999). Den sistnevnte klassifikasjonen er den teoretiske analogien til en desorganisert klassifikasjon hos spedbarn (Lyons-Ruth et al., 2002).

Det er funnet en robust empirisk forbindelse mellom foreldreressponser på AAI og barns atferd i FS. van IJzendoorn (1995) utførte en meta-analyse av resultatene av disse studiene, basert på cirka 800 barn og deres foreldre. Foreldrene ble klassifisert som selvstendige, avvisende eller oppslukte på AAI. Dette hadde sammenheng med henholdsvis trygge, unngående og ambivalente klassifikasjoner hos barna i FS.

Atferdsforskjeller innen den desorganiserte tilknytningskategorien

Studier tyder på at desorganisert tilknytning kan forekomme samtidig med andre former for utrygg tilknytningsatferd. Dette kan resultere i en primær klassifikasjon av desorganisert

tilknytning og en sekundær klassifikasjon av unngående eller ambivalent tilknytning (D-utrygg). D-utrygge barn viser ofte uventede kombinasjoner av stress, kontaktsøking, unngåelse, motstand, og annen engstelig eller konfliktfylt atferd. Barn med desorganisert tilknytning kan også vise atferd som er en del av trygg tilknytning (D-trygg). D-trygge barn søker kontakt med omsorgsgiver, uten tydelig unngående eller ambivalent atferd. Barnet viser derimot andre uvanlige tegn på nøling, forvirring, engstelse, dysfori eller konflikt i forhold til omsorgsgiver (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999). I en meta-analyse av 20 studier ($n = 1219$), rapporterte van IJzendoorn et al. (1999) at i 34 prosent av tilfellene forekom desorganisert tilknytning i kombinasjon med en sekundær unngående klassifikasjon; i 46 prosent av tilfellene var desorganisert tilknytning assosiert med en ambivalent klassifikasjon; og i 14 prosent av tilfellene var desorganisert tilknytning kombinert med en sekundær trygg klassifikasjon. I likhet med desorganiserte barn, kan mødre i den ”ubestemte” kategorien også underklassifiseres som ubestemt-trygge eller ubestemt-utrygge (Lyons-Ruth et al., 2002).

Forskjellige familieegenskaper i de to spedbarnprofilene

Lyons-Ruth et al. (1991, ref fra Lyons-Ruth, Bronfman & Atwood, 1999a) fant signifikant forskjellige familieegenskaper assosiert med disse to undergruppene. De fant at desorganiserte barn i lavrisikoutvalg oftere hadde D-trygg atferd. I utvalget med lav inntekt var type tap moren hadde opplevd i barndommen, forskjellig for mødre av D-trygge og D-utrygge barn. Blant mødre av D-trygge barn ($n = 17$) hadde 59 prosent opplevd tap av en av foreldrene ved dødsfall, separasjon eller skilsmisse i barndommen, sammenlignet med bare 12 prosent av mødre med D-utrygge barn ($n = 26$). Derimot hadde 27 prosent av mødre av D-utrygge barn opplevd perioder av omsorg utenfor hjemmet i barndommen, sammenlignet med bare seks prosent av mødre med D-trygge barn. I tillegg viste det seg at mødre av D-utrygge barn hadde høyere frekvens av depressive symptomer, psykiatrisk innleggelse eller mishandling, mens det ikke var noen signifikant økning i psykososiale problemer blant mødre av D-trygge barn.

To ulike foreldreprofiler blant barn med desorganisert tilknytning

Forskning tyder på at de to foreldreprofilene har sammenheng med desorganisering hos barn. Dette gjelder både ved måling av skremt eller skremmende foreldreatferd og ved måling av et bredere sett av forstyrret foreldreatferd. Foreldreprofilene har vist seg å være forskjellig forbundet med de to desorganiserte spedbarnsprofilene (D-trygg og D-utrygg).

Schuengel et al. (1997, 1999, ref fra Lyons-Ruth et al., 1999a) fant et forhold mellom ”ubestemt” tilknytning hos foreldre på AAI og skremt eller skremmende atferd overfor barnet

ved en fire timers videoobservasjon av 85 mor-barn dyader. Dette gjaldt imidlertid kun mødre som ble klassifisert som ubestemt-utrygge på AAI. Mødre klassifisert som ubestemt-trygge viste faktisk mindre skremt eller skremmende atferd enn helt trygge mødre. Dette kan tyde på at ubestemt-trygge mødre har et tilbaketrukket atferdsmønster.

Schuengel et al. (1997, 1999, ref fra Lyons-Ruth et al., 1999a) fant i tråd med Main og Hesse (1990) sin hypotese, at skremt eller skremmende atferd også predikerte desorganisering hos barn, dette var dog marginalt signifikant. Dissosiert atferd og et bredere sett av forstyrret omsorgsutøvelse, som inkluderte skremt eller skremmende atferd, predikerte imidlertid desorganisering sterkere (Schuengel et al., 1997 ref fra Lyons-Ruth et al., 1999a).

Jacobvitz et al. (1997, ref fra Lyons-Ruth et al., 1999a) testet også assosiasjonen mellom AAI-klassifikasjon og skremt eller skremmende atferd. Studien ble utført åtte måneder etter fødsel i et utvalg på 113 familier med middels inntekt. Forskerne fant også her at ubestemt-utrygge mødre viste høyest frekvens av skremt eller skremmende atferd. I motsetning til Schuengel et al. (1999, ref fra Lyons-Ruth et al., 1999a) sine funn, viste ubestemt-trygge mødre også mer skremt eller skremmende atferd enn mødre klassifisert som trygge på AAI. Disse forskjellene kan komme av at Jacobvitz et al. (1997) krevde at mødre skulle interagere med barna i en rekke strukturerte oppgaver, mens Schuengel et al. (1999) benyttet naturalistisk observasjon.

Lyons-Ruth, Bronfman og Parsons (1999b) observerte 65 mor-barn dyader i FS. Barna var da 18 måneder gamle. I tillegg til Main og Hesse (1992, ref fra Lyons-Ruth et al., 1999b) sitt kodeinstrument for skremt eller skremmende atferd, inkluderte forskerne et bredere sett av forstyrret foreldreatferd, kalt ”forstyrret affektiv kommunikasjon”. Dette inkluderte omsorgsstrategier der omsorgspersonen både responderte på og avviste barnets tilknytningsatferd, samt ekstrem feiltilpasning overfor denne.

Forskerne fant at skremt eller skremmende atferd førte til signifikant mer desorganisering hos barna. Det viste seg imidlertid også at den forstyrrede affektive kommunikasjonen, kodet uten skremt eller skremmende atferd, signifikant predikerte desorganisering.

Foreldreatferd blant mødre av barn klassifisert som D-trygge eller D-utrygge, ble studert separat. Resultatet samsvarer både med AAI funnene til Schuengel et al. (1999) og Jacobvitz et al. (1997) ref fra Lyons-Ruth et al. (1999a). Mødre med barn klassifisert som D-utrygge, viste oftere både forstyrret kommunikasjon og skremt eller skremmende atferd, sammenlignet med mødre av barn klassifisert som D-trygge. De førstnevnte viste signifikant

oftere rolleforvirring og negativ påtrengende atferd overfor barnet. De sistnevnte viste oftere tilbaketrukket atferd.

Disse mødre ble sammenlignet med mødre i den organiserte gruppen. Igjen ble det funnet samsvar med AAI funnene til Schuengel et al. (1999, ref fra Lyons-Ruth et al., 1999a). Kun mødre i D-utrygg undergruppen var signifikant forskjellige fra mødre av barn med organisert tilknytning, både når det gjaldt måling av skremt eller skremmende atferd og på målingene av forstyrret affektiv kommunikasjon. Mødre av D-trygge barn var derimot mer tilbaketrukne i interaksjon.

Foreldre atferden blant barn med D-utrygg tilknytning ble kalt *"fiendtlig eller selvrefererende med hensyn til tilknytning"*, siden de ofte overkjørte barnas signaler med en kombinasjon av negativ påtrengende og rollereverserende, selvrefererende atferd. Denne atferden kombinerer tilknytningssignaler som både involverer og avviser barnets tilknytningsatferd (Lyons-Ruth et al., 1999b).

Lyons-Ruth et al. (1999b) fant to distinkte atferdsmønstre blant mødre av D-trygge barn. De viste skremt-tilbaketrukket atferd eller kun tilbaketrekningssatferd. Begge var uten økning av skremmende atferd. Disse atferdsmønstrene kjennetegnet til sammen 80 prosent av mødre med D-trygge barn, sammenlignet med 29 prosent av mødre med barn med organisert tilknytning, og 20 prosent av mødre med D-utrygge barn. Forskerne fant at mye av den skremte og/eller tilbaketrukne, men ikke-fiendtlige atferden, kom til syne ved barnets forsøk på nærhets- eller kontaktsøkning og ble dermed kalt *"hjelpeløs-skremt med hensyn til tilknytning"* (Lyons-Ruth et al., 1999b).

Lyons-Ruth og Block (1996) sin studie gir ytterligere evidens for en fiendtlig versus hjelpeløs modell. Deltakerne i studien var 45 mødre og deres 18 måneder gamle barn. Det viste seg at mødre med alvorlige traumehistorier med mindre sannsynlighet engasjerte seg i en balansert og positiv verbal og fysisk interaksjon med barna. Videre viste det seg at disse mødre enten kunne være tilbaketrukne eller negative og påtrengende i sin interaksjon. Disse to posisjonene hadde forskjellig sammenheng med hvilken type misbruk mødre hadde opplevd tidligere. Fiendtlige mødre hadde oftere opplevd fysisk vold i barndommen. Tilbaketrukne mødre hadde oftere opplevd seksuelt misbruk, uten bruk av vold.

Dataene dokumenterer altså to signifikant forskjellige omsorgsprofiler (fiendtlig versus hjelpeløs) blant mødre av desorganiserte barn. Dette samsvarer med de tidligere dataene om "to depresjonsansikter". Det fremgår at mødre med en fiendtlig profil oftere hadde barn med D-utrygg tilknytning, mens mødre med en hjelpeløs profil oftere hadde barn med D-trygg tilknytning. Det er også sannsynlig at den mer straffende og irriterte atferden hos

deprimerte mødre i den fiendtlige undergruppen er lettere å identifisere, enn fravær av lek, stimulering og struktur, rapportert av hjelpeløse, ikke-irriterte mødre (Lyons-Ruth et al., 2002). Totalt sett bekrefter disse studiene Main og Hesse (1990) sin modell. Mors skremte eller skremmende atferd er både relatert til desorganisering hos barnet og til ubestemt tilknytning hos foreldrene. Studiene viste også at et bredere sett av forstyrret foreldreatferd predikerte desorganisert tilknytning.

2.8. Stabilitet og endring i tilknytningsmønster over tid

Utviklingspsykologien innebærer blant annet utforskning av kontinuitet og diskontinuitet (Lewis & Star, 1979; Wohlwill, 1973 ref fra Lewis, Feiring & Rosenthal, 2000).

Tilknytningsbegrepet søker dels å forklare bakgrunnen for individuelle forskjeller i sosial og emosjonell atferd. Ikke overraskende har dette begrepet generert en betydelig mengde teoretiske og empiriske studier. En forskningsmessig utfordring har vært å undersøke om det er en sammenheng mellom tidlig tilknytningsatferd og senere representasjoner. Gitt at det eksisterer en slik sammenheng, vil det foreligge kontinuitet eller stabilitet i tilknytningsmønster over tid (Lewis et al., 2000).

Tilknytningsbaserte forskere har gjerne argumentert for at tilknytningsmønstre tenderer mot å være stabile gjennom hele livsløpet, gitt at det ikke skjer store endringer i omsorgsmiljøet. Studier til fordel for denne påstanden har knyttet tilknytningsatferd i spedbarnsalderen opp mot senere sosial kompetanse og psykopatologi (Arend, Gove & Sroufe, 1979; Elicker, Englund & Sroufe, 1992; Lewis et al., 1984, Londerville & Main, 1981; Matas, Arend & Sroufe, 1978; Pastor, 1981; Sroufe, 1993; Sroufe, Egeland & Kreutzer, 1990; Sroufe & Fleeson, 1986 ref fra Lewis et al., 2000). Ifølge Weinfield og medarbeidere har forskning bekreftet at kontinuitet ikke bare er mulig, men at det også synes å være hovedregelen (Weinfield, Whaley & Egeland, 2004). Andre har imidlertid stilt seg kritiske til dette (Lewis et al., 2000).

Kilder til kontinuitet

Tilknytningsteorien gir flere forklaringer på hvorfor tilknytningstrygghet antas å være stabil over tid. Av disse vil vi belyse indre arbeidsmodeller, miljøtilpasninger, samt fremvekst av personlighet og sosiale ferdigheter.

Indre arbeidsmodeller

Bowlby tenkte seg at tidlige omsorgserfaringer av sensitiv eller insensitiv art bidrar til fremvekst av mentale representasjoner av omsorgsgivers tilgjengelighet og respondering,

samt forestillinger om hvorvidt selvet er verdt å bli elsket. Slike forventninger antas å styre fremtidige relasjonelle valg, interpersonlige forventninger, selvvurderinger og mellommenneskelig atferd. Indre arbeidsmodeller kan ses som implisitte regler for sosial samhandling og vil kunne bidra til å bekrefte eller opprettholde intuitive intra- og interpersonlige forventninger (Thompson, 1999). Gitt foregående resonnement, kan man få inntrykk av at Bowlby hadde et deterministisk syn på utvikling. Slik er det imidlertid ikke. Han mente at indre arbeidsmodeller er dynamiske. Gitt et stabilt omsorgsmiljø vil de i økende grad motsette seg endring. Motsatt, vil de kunne endre seg som en respons på vesentlige endringer i omsorgsmiljøet (Weinfield et al., 2004).

Miljøtilpasninger

Moderne etologer vektlegger barns sensitivitet overfor variasjoner i foreldreteatferd. De hevder at dette ikke bare har betydning for umiddelbar overlevelse, men også for senere reproduksjon. Chisholm (1996, ref fra Thompson, 1999) argumenterte for at ulike tilknytningsmønstre kan ses som adekvate tilpasninger til ulike former for foreldreinvestering. I hvert tilfelle ses tilknytningsmønstre i spedbarnsalderen som ”ontogenetiske tilpasninger” som er viktige tidlig i livet, men som også innlemmes i atferdsmønstre som er adaptive på tvers av livsløpet.

Fremvekst av personlighet og sosiale ferdigheter

En tredje forklaring på kontinuitet er at tilknytning i spedbarnsalderen former senere personlighetsprosesser. Etterhvert som de modnes og konsolideres, vil de ha en løpende innflytelse på psykososial fungering. I hvilken grad tilknytning antas å påvirke mestring av senere utviklingsutfordringer, eller hvilke spesifikke utviklingsprosesser som er involvert, synes imidlertid uklart (Thompson, 1999).

Et snevrere perspektiv på utviklingsmessig kontinuitet fokuserer på tilegnelse og opprettholdelse av sosiale ferdigheter og predisposisjoner som en konsekvens av tidlig tilknytning. Når disse ferdighetene og predisposisjonene generaliseres, vil individet kunne vekke komplementære responser fra miljøet som tenderer mot å forsterke og opprettholde disse egenskapene (Thompson, 1999).

Sett under ett, er det flere overlappende forklaringer på kontinuitet. Disse gir en rekke hypoteser om tilknytningsforløpet som kan testes empirisk (Thompson, 1999).

Kilder til diskontinuitet

Tilknytningsformuleringer til fordel for kontinuitet har en relativt sterk posisjon. Til tross for dette, har det kommet argumenter både innen og utenfor tilknytningsteorien som hevder at det

er begrenset kontinuitet fra spedbarnsalderen til senere utviklingsstadier. På sitt mest ekstreme hevder enkelte forskere at man knapt bør forvente kontinuitet i tilknytningsmønster over tid. I de fleste tilfeller innebærer imidlertid forklaringene at forskjellige medierende faktorer eller andre forhold kan være av betydning for om det foreligger kontinuitet eller ikke (Thompson, 1999). Med hensyn til mulige forklaringer på diskontinuitet, har vi valgt å ta for oss tidlige tilpasninger og endringer i foreldre-barn relasjonen.

Tidlige tilpasninger

Et av argumentene fra evolusjonsbiologien er at tilknytningsmønstre i spedbarnsalderen er tidlige tilpasninger til ulike former for foreldreinvestering, som ikke nødvendigvis har atferdsmessig betydning på lang sikt (Thompson, 1999).

Endringer i foreldre-barn relasjonen

Gitt Bowlbys egne formuleringer, kan diskontinuitet følge av vesentlige endringer i omsorgsmiljøet (Weinfield et al., 2004). Blant annet kan familieførøkelse, skilsmisse hos foreldrene eller fosterhjemsplassering lede til endringer i sensitiv respondering overfor barnet, noe som igjen kan ha konsekvenser for tilknytningstrygghet (Thompson, 1999).

Empiri

Flere studier har vært rettet mot å undersøke kontinuitet fra spedbarnsalderen til ungdomstid og tidlig voksen alder. Noen har funnet kontinuitet (Hamilton, 2000; Main, 2001; Waters et al., 2000 ref fra Weinfield et al., 2004), andre ikke (Becker- Stoll & Fremmer- Bombik, 1997; Lewis, Feiring & Rosenthal, 2000; Weinfield, Sroufe & Egeland, 2000; Zimmerman, 1994 ref fra Weinfield et al., 2004). En vesentlig begrensning ved flere av studiene er imidlertid at de ikke har inkludert desorganisert tilknytning. Det skyldes primært at kategorien ikke var identifisert da de opprinnelige fremmedsituasjonsstudiene ble gjennomført, samt at det ikke var tilgjengelige videoopptak for fornyet gjennomsyn (Weinfield et al., 2004).

Artiklene vi har tatt for oss viser blandete funn. Vi har valgt å se på stabilitet og endring i tilknytningsmønster over tid med hensyn til sosial kompetanse, personlighetsegenskaper og psykopatologi. I dette avsnittet har vi dessuten valgt å ta for oss følgetilstander generelt, da det er dokumentert få spesifikke tilknytningseffekter hos barn av depressive mødre.

Sosial kompetanse:

Foreldre-barn relasjonen:

Trygg tilknytning i spedbarnsalderen antas å gi grunnlag for en mer positiv foreldre-barn relasjon senere i livet. Denne antagelsen har støtte i en oppfølgingsstudie under det andre

leveåret hvor barn med trygg tilknytning viste større entusiasme, mer føyelighet og positiv affekt (samt mindre aggresjon og frustrasjon) under oppgaver hvor de samarbeidet med sine mødre (Frankel & Bates, 1990; Matas, Arend & Sroufe, 1978 ref fra Thompson, 1999), så vel som under affektiv deling (Waters, Wippman & Sroufe, 1979 ref fra Thompson, 1999) og føyelighet under fri lek (Londerville & Main, 1981; Main, Tomasini & Tolan, 1979 ref fra Thompson, 1999). Det er imidlertid mulig at disse fordelaktige effektene svekkes over tid. Forskere har ikke funnet varige sammenhenger mellom trygg tilknytning i spedbarnsalderen og foreldre-barn interaksjon ved 2 ½-årsalder (Takahashi, 1990 ref fra Thompson, 1999), 3-årsalder (Yongblande & Belsky, 1992 ref fra Thompson, 1999) og 5-årsalder (van IJzendoorn, van der Veer & van Vliet-Visser, 1987 ref fra Thompson, 1999).

I hvert tilfelle ses en tidlig trygg tilknytningsrelasjon mellom barn og foreldre som et grunnlag for senere positive relasjoner til foreldre, jevnaldrende og andre, heller en som en form for permanent beskyttelse. Tidlig erfaring er viktig, men leder ikke til direkte utfall. Det er snarere slik at tidlig erfaring igangsetter en prosess og dermed legger noen føringer for senere møter med miljøet (Sroufe et al., 2005).

Foruten å fokusere på utviklingsforløpet ved trygg tilknytning, har forskere også undersøkt stabiliteten av desorganisert tilknytning. Longitudinelle studier fra spedbarnsalder opp mot 6-årsalder kan tyde på at desorganiserte barn reorganiserer sin tilknytningsatferd overfor foreldrene i førskolealder på grunn av økt kognitiv kapasitet. Den desorganiserte tilknytningsatferden går over i en kontrollerende strategi (Main et al., 1985; Wartner et al., 1994 ref fra Lyons-Ruth et al., 2002). Denne strategien er en manifestasjon av desorganisert tilknytning på et senere alderstrinn. På dette alderstrinnet går barnet bort fra å søke trygghet og beskyttelse rundt egne behov, og over i å engasjere seg i omsorgspersonen på hans eller hennes premisser (Main, 1988 ref fra Lyons-Ruth et al., 1999a). Kontrollerende atferd hos disse barna kan ta en av to former, enten i form av *kontrollerende-omsorgsfull* eller *kontrollerende-straffende* atferd. Barn i førstnevnte kategori forsøker å kontrollere relasjonen ved å underholde, rettlede, organisere eller gi bekreftelse til omsorgspersonen. Barn i sistnevnte kategori forsøker på sin side å ta kontroll over relasjonen ved å uttrykke fiendtlig, straffende eller mer subtilt ydmykende atferd overfor omsorgsgiver (Lyons-Ruth et al., 2002).

Andre nære relasjoner

En annen antagelse som har gjort seg gjeldende, er at trygg tilknytning gjør barn bedre i stand til å mestre nære relasjoner på senere alderstrinn (Thompson, 1999).

Sroufe (2005) refererer til funn fra en prospektiv longitudinell undersøkelse (Sroufe, Egeland, Carlson & Collins, 2005a) der man undersøkte kontinuitet fra spedbarnsalderen til

voksen alder. De fant signifikante sammenhenger mellom tilknytningstrygghet og generelle mål på sosial kompetanse på ulike alderstrinn, fra tidlig barndom til voksen alder (Sroufe et al., 2005a ref fra Sroufe, 2005). Barn med trygg tilknytning viste høyere kompetanse både med hensyn til interpersonlige forventninger og evne til å initiere og opprettholde sosial kontakt, enn tilfellet var for dem med unngående eller ambivalente tilknytning. Barn i de to sistnevnte kategoriene viste vansker på hvert sitt område. De unngående ble beskrevet som å ta lite initiativ til sosial kontakt med jevnaldrende. De ambivalente tok derimot initiativ, men på en måte som gjorde at de ofte mislyktes i å skape og opprettholde kontakt. Videre ble barn med trygg tilknytning beskrevet som mer selvstendige. Barn med unngående og ambivalent tilknytning ble beskrevet som svært avhengige av sine lærere, selv om avhengigheten kom til syne på ulike måter (Sroufe et al., 2005a ref fra Sroufe, 2005).

Koski og Shaver (1997) referer til funn som støtter opp under antagelsen om at tilknytningstrygghet hos barn har sammenheng med senere sosial kompetanse. I en undersøkelse som de referer til, ble det påvist at barn som hadde en trygg tilknytning til mor i spedbarnsalderen, oftere hadde nære og fortrolige venner i 10–11-årsalderen (Elicker, Egelund & Sroufe, 1992; Grossman & Grossman, 1991 ref fra Koski & Shaver, 1997). Tilsvarende rapporterte barn som ble regnet for å være unngående eller ambivalente, at de enten var sosialt isolerte eller at de hadde mange venner de ikke husket navnet på (Grossman & Grossman, 1991 ref fra Koski & Shaver, 1997). Forskning har også vist at barn med unngående og ambivalent tilknytning kan vise negative interpersonlige forventninger og tenderer mot å ha svekkede sosiale ferdigheter (Elicker et al., 1992; Sroufe, Carlson & Schulman, 1993 ref fra Koski & Shaver, 1997). Trygt tilknyttede barn synes derimot å samhandle på en bedre måte og er mer populære blant sine jevnaldrende i førskolealder (LaFreniere & Sroufe, 1985; Sroufe, 1983; Troy & Sroufe, 1987; Vandell et al., 1988; Waters et al., 1979 ref fra Thompson, 1999).

Det er videre gjort undersøkelser av konsekvensene av desorganisert tilknytning for senere sosial kompetanse. Basert på ulike foreldrekorrelater for D-trygg og D-utrygg tilknytning (nevnt tidligere), kunne man anta at barn i D-trygg gruppen hadde et mer fordelaktig utfall enn barn i D-utrygg gruppen. Dette viste imidlertid ikke en oppfølgingsstudie av barn i 5- og 7-årsalderen (Lyons-Ruth et al., 1993 ref fra Lyons-Ruth et al., 1999a). Ved 5-årsalder hadde både barn med D-utrygg og D-trygg tilknytning økt risiko for fiendtlig-aggressiv atferd ovenfor venner. Hele 50 prosent av D-trygge og 42 prosent av D-utrygge barn ble vurdert å befinne seg innenfor det kliniske spekteret, sammenlignet med ni prosent av trygge og 25 prosent av unngående barn (Lyons-Ruth et al., 1999a).

Ved 7-årsalder viste begge undergruppene økt frekvens av eksternaliserende atferd på skolen. 25 prosent av hver D-undergruppe ble rangert over den kliniske grenseverdien, sammenlignet med kun fem prosent av barn med trygg tilknytning. Ingen av de unngående viste eksternaliserende atferd. Ved 7-årsalder viste det seg dessuten at begge D-undergruppene hadde like høy risiko for generell feiltilpasning i skolemiljøet, ut fra det lærere rapporterte. Hele 50 prosent av D-undergruppene ble rangert over den kliniske grenseverdien, sammenlignet med 20-21 prosent av trygge og unngående barn. Undergruppene hadde imidlertid ikke lik forekomst av internaliserende symptomer ved 7-årsalder. D-utrygge barn, hadde høyere risiko både for internaliserende og eksternaliserende symptomer. D-trygge barn hadde imidlertid kun høyere risiko for eksternaliserende symptomer. På tross av dette, viste studien at de to undergruppene av desorganisert tilknytning innebærer en tilsvarende risiko for feiltilpasset sosial atferd (Lyons-Ruth et al., 1993 ref fra Lyons-Ruth et al., 1999a).

Relasjonen til fremmede

En mulig følge av tilknytningstrygghet i spedbarnsalderen omhandler barnets innledende møte med ukjente personer, enten det dreier seg om voksne eller jevnaldrende. Dersom barnets tilknytningsklassifisering leder til forventninger om hvordan omsorgsgiver vil respondere, kan forventningene utvides til å gjelde ukjente andre og prege det innledende møte med fremmede (Thompson & Lamb, 1983 ref fra Thompson, 1999).

Det er evidens som tyder på at barn behandler en fremmed på en måte som ligner deres atferd ovenfor omsorgsgiver i FS (Easterbrooks & Lamb, 1979; Lamb et al., 1982; Main & Weston, 1981; Thompson & Lamb, 1983 ref fra Thompson, 1999). I prediktive studier ser trygt tilknyttede barn ut til å være mer sosiale overfor ukjente voksne i det andre og tredje leveåret. All evidens peker imidlertid ikke i samme retning (Londerville & Main, 1981; Lütkenhaus, Grossman & Grossman, 1985; Main, 1983; Plunkett, Klein & Meisels, 1988 ref fra Thompson, 1999). Med hensyn til fordelaktige effekter av trygg tilknytning i møte med jevnaldrende, er evidensen mindre konsistent (Boorth, Rose-Krasnor & Rubin, 1991; Jacobson & Wille, 1986; Pastor, 1981; Takahashi, 1990; Vandell et al., 1988 ref fra Thompson, 1999). Dette kan komme av at jevnaldrende er mindre sosialt kompetente enn voksne. Et møte med en ukjent jevnaldrende kan utfordre ferdighetene til selv det mest sosiale barn, og muligens undergrave potensielle fordeler av en trygg tilknytningsrelasjon til moren (Thompson, 1999).

I studiene som ble nevnt ovenfor, er det viktig å merke seg at mødrene var til stede under barnets møte med ukjente andre for å minske eventuelt ubehag. Gitt dette forskningsdesignet, er det tydelig at effektene av tilknytningstrygghet ikke kunne skilles fra

effekten av den umiddelbare støtten, eller mangel på denne, fra omsorgsgiver. Thompson (1999) vektlegger viktigheten av videre forskning for å se om tilknytningstrygghet har en effekt på det innledende møte med fremmede uavhengig av sosial støtte fra omsorgsgiver (Thompson, 1999).

Personlighetsegenskaper

De som har den bredeste antagelsen om hvordan tidlig tilknytning påvirker senere utvikling, hevder at tilknytningsklassifisering former fremvoksende personlighetsprosesser. Disse antas å komme til syne under oppfølgingsutredninger. En vid rekke av prediksjoner rundt personlighetsforløpet i kjølevannet av tilknytningstrygghet er foreslått innenfor denne forskningstradisjonen (Thompson, 1999).

De to personlighetvariablene det er forsket mest på i kjølevannet av tilknytningstrygghet, er jeg-resiliens og atferdsvansker (Thompson, 1999). Jeg-resiliens vil si ”individets evne til å tilpasse seg endrede omstendigheter på en fleksibel måte” (s. 196, Smith 2002). Arend et al. (1979) fant at trygt tilknyttede barn fikk høyere skårer på jeg-resiliens i en oppfølgingsstudie i 5 ½-årsalder (Arend, Grove & Sroufe, 1979 ref fra Thompson, 1999). Sroufe (1983) rapporterte lignende resultater fra en oppfølgingsstudie av et underutvalg av førskolebarn fra Minneapolisstudien (Sroufe, 1983 ref fra Thompson, 1999). Tilsvarende resultater ble funnet i et tysk utvalg av barn i 5-årsalder (Grossman & Grossman, 1991 ref fra Thompson, 1999). Sammenhengen mellom tilknytning og jeg-resiliens er imidlertid ikke replikert av andre forskere (Easterbrooks & Goldberg, 1990; Howes, Hamilton & Matheson, 1994; Howes, Matheson & Hamilton, 1994; Oppenheim et al., 1988; van IJzendoorn et al., 1987, 1992 ref fra Thompson, 1999).

Noen tilknytningsteoretikere tenker seg at barn med utrygg tilknytning vil være mer utsatte for atferdsvansker senere i livet. På tross av dette har flere studier ikke funnet noen klar sammenheng (Bates & Bayles, 1988; Bates et al., 1985; Erickson et al., 1985; Fagot & Kavanagh, 1990; Lewis et al., 1984; Lyons-Ruth, Alpern & Repalcholi, 1993 ref fra Thompson, 1999).

I enkelte studier (Erickson et al., 1985; Lewis et al., 1984; Lyons-Ruth et al., 1993 ref fra Thompson, 1999) ble sammenhengen mellom tilknytning og senere atferd mediert av barndomsopplevelser, som miljømessig stress og vansker i foreldre-barn relasjonen, eller andre faktorer. Annen forskning har vist predikerbare kjønnsforskjeller med hensyn til sammenhengen mellom tidlig tilknytning og senere problematferd (Renken et al., 1989 ref fra Thompson, 1999). Som en konsekvens av dette, er det i en artikkel mant til forsiktighet når

det gjelder å trekke kliniske slutninger basert på tidlig tilknytning (Fagot & Kavanagh, 1990 ref fra Thompson, 1999).

Forskning har i det hele tatt vist inkonsistente funn. Det er mulig dette skyldes at disse personlighetsegenskapene påvirkes av flere kilder på tvers av utviklingsforløpet. Mange faktorer antas å påvirke fremveksten av personlighetsvariabler som jeg-resiliens og atferdsvansker hos barn. Dette gjør at studier som støtter seg på en enkelt forutsigende faktor (slik som tilknytningstrygghet), har svak prediktiv kraft (Thompson, 1999).

Psykopatologi

Tilknytningsmønstre kan ses i lys av ulike former for psykopatologi. Trygg tilknytning gir ingen garanti for sunn fungering, men ses som helsefremmende. Tilsvarende vil ikke utrygg tilknytning unngåelig lede til patologi, men kan øke sannsynligheten for dette. Sroufe og medarbeidere (2005) fant at færre av de med trygg tilknytning hadde psykiske vansker. Det kunne se ut til at trygg tilknytning var med på å moderere effekten av stress på problematferd. Unngående og ambivalent tilknytning ga kun en moderat risiko for psykiske vansker. Desorganisert tilknytning økte derimot risikoen for senere feiltilpasning ytterligere. Med hensyn til sistnevnte var risikoen svært moderat forhøyet (Sroufe et al., 2005a ref fra Sroufe, 2005).

Det er mulig å se mer spesifikt på relasjonen mellom utrygg tilknytning og senere psykopatologi. Blant annet var unngående tilknytning relatert til senere atferdsvansker. Dette virker rimelig, gitt den fremmedgjøring og avvisning som har kjennetegnet tidlige omsorgserfaringer. Ambivalent tilknytning kunne knyttes opp mot senere angstlidelser. En mulig forklaring er at ambivalente barn har utviklet en responsstil som overoppmerksomme og hypervigilante i møte med en inkonsekvent omsorgsgiver. Både unngående og ambivalent tilknytning var moderat relatert til depresjon i denne studien. Sroufe og medarbeidere (2005) har spekulert i om dette kan skyldes to ulike utviklingsbaner. En basert på fremmedgjøring og håpløshet (jf. unngående tilknytning), og en annen basert på angst og hjelpeløshet (jf. ambivalent tilknytning) (Sroufe et al., 2005a ref fra Sroufe, 2005).

Desorganisert tilknytning kunne på sin side knyttes til senere dissosiasjon. Dette kan skyldes at barn med desorganisert tilknytning gjerne har erfaringer med skremte/forvirrede eller skremmende omsorgspersoner. De er derfor satt i et uløselig dilemma hvor omsorgsgiver både er en de frykter og en de skal søke trøst hos. Dette kan lede til en kollaps av mestringsstrategier, hvor dissosiative mekanismer blir alt som er tilgjengelig for dem. Desorganisert tilknytning kan dessuten lede til senere atferdsvansker. Det er mulig at dette

skyldes dissosiative tendenser kombinert med vansker med impulskontroll (Sroufe et al., 2005a ref fra Sroufe, 2005). Til tross for at Sroufe og medarbeidere (2005) fant en moderat relasjon mellom tidlig tilknytning og senere psykopatologi er det verdt å merke seg at ikke alle studier har funnet like sterke sammenhenger (Weinfield et al., 1999 ref fra Thompson, 1999). Andre studier (Feiring & Lewis, 1996 ref fra Thompson, 1999) har heller ikke vært i stand til å replikere tilsvarende funn.

Oppsummering

Studiene vi har referert til, viser at tidlig tilknytning noen ganger, men ikke alltid, predikerer senere psykososial fungering. Dette er i tråd med gjeldende evidens fra tilknytningsfeltet. Ifølge Thompson (1999) har tretti års studier av følgene av tidlig tilknytning vist at tilknytningstrygghet i spedbarnsalderen noen ganger predikerer senere fungering, og andre ganger ikke. Hvorvidt man kan predikere senere utfall avhenger av hva man studerer, tidsrommet mellom tilknytning og senere atferd, stabilitet og endring i omsorgsmiljøet, og eventuelle andre faktorer (Thompson, 1999).

Ifølge Smith (2002) er det ikke grunnlag for å hevde at tidlig tilknytning sier noe om alle vesentlige ting barn kan oppnå senere i livet. Det er vanskelig å få øye på sammenhengen mellom tilknytning og senere utfall, da utviklingsresultater gjerne er avhengig av flere faktorer. Det er derfor ønskelig med en ny utviklingspsykologisk debatt. Denne bør se nærmere på hvorfor vi kan forvente kontinuitet i tilknytningsmønstre over tid og under hvilke omstendigheter dette eventuelt vil gjøre seg gjeldene (Smith, 2002).

2.9. Overføringsmodell av indre arbeidsmodeller, foreldre-atferd og tilknytning

Kontinuitet fra generasjon til generasjon når det gjelder foreldrenes omsorgskvalitet, er klart formulert i Bowlby's tilknytningsteori (Smith, 2002). Bowlby (1979, ref fra Smith, 2002) mente at foreldrenes indre arbeidsmodeller vil påvirke hvordan de vil fungere som omsorgspersoner for egne barn. Ifølge overføringsmodellen, antas omsorgspersonens indre arbeidsmodeller å styre omsorgsutøvelsen (hovedsakelig sensitivitet), noe som igjen kan forme barnets tilknytningstrygghet til den voksne (Berlin, 2005).

Testing av overføringsmodellen

En rekke meta-analyser har vært spesielt nyttige for å forstå sammenhengen mellom foreldrenes indre arbeidsmodeller, omsorgsatferd og foreldre-barn tilknytning. En meta-analyse med data fra 18 utvalg ($n = 854$) avslørte en robust assosiasjon mellom foreldrenes indre arbeidsmodeller (målt med AAI) og barnets tilknytning til dem (målt med FS) (van

IJzendoorn, 1995). En annen meta-analyse med data fra ti utvalg ($n = 389$), fant en sterk assosiasjon mellom foreldrenes indre arbeidsmodeller og sensitiv omsorgsutøvelse (van IJzendoorn, 1995). En tredje meta-analyse med data fra 66 studier ($n = 4176$), fant en moderat assosiasjon mellom mødresensitivitet og foreldre-barn tilknytning (De Wolff & van IJzendoorn, 1997).

Selv om det er en sterk støtte for en direkte forbindelse mellom foreldrenes indre arbeidsmodeller, foreldreatferd og barnets tilknytning, har hypotesen om at foreldreatferd medierer forbindelsen mellom foreldrenes arbeidsmodell og barnets tilknytning ikke fått sterk støtte (Berlin, 2005). van IJzendoorn (1995) sin meta-analyse viste derimot at foreldreatferd kun gjorde rede for en liten del av sammenhengen mellom foreldrenes arbeidsmodeller og barnets tilknytningstrygghet. Dataene støttet altså ikke modellen som postulerer at omsorgsutøvelse tjener som forbindelsen mellom foreldrenes arbeidsmodeller og barnas tilknytning til dem. Det samme ”overføringsgapet” oppstod i en annen studie med 60 dyader (Pederson et al., 1998 ref fra Berlin, 2005). Det finnes en rekke forklaringer på overføringsgapet (for eksempel utilstrekkelig teori eller utilstrekkelige målinger av foreldreatferd), flere har forsøkt å besvare dette (Slade et al., 2005; Cassidy et al., 2005).

Mot en løsning på overføringsgapet

Nyere forskning har funnet at morens reflektive fungering (RF) spiller en stor rolle ved overføring av tilknytning mellom generasjoner (Slade et al., 2005). Fonagy et al. (2002) definerte RF som evnen til å forstå at egne eller andres handlinger er meningsfulle uttrykk for et indre liv, slik som følelser, ønsker, tanker og behov. Med hensyn til foreldre-barn tilknytning, refererer RF til omsorgspersonens evne til å ha barnet i bevisstheten, skape mening av dets indre tilstand, emosjoner, tanker og intensjoner, i tillegg til hennes egne (Fonagy et al., 2002). Slade et al. (2005) hevdet at RF gjør at foreldrene kan respondere sensitivt overfor barna og dermed fremme trygg tilknytning. Studien bestod av et utvalg på 40 mødre og deres spedbarn. Mors RF ble målt ved å bruke ”Parent Development Interview” (PDI; Aber et al., 1985 ref fra Slade et al., 2005). De fant en signifikant assosiasjon mellom voksen tilknytning (vurdert med AAI) og foreldrenes RF. En signifikant assosiasjon ble også funnet mellom foreldrenes RF og spedbarnstilknytning (vurdert i FS). Ifølge forskerne kan RF være en sentral mekanisme ved overføringen av tilknytning.

En annen mulig løsning på overføringsgapet, dog i et tidlig stadium og med et lite utvalg ($n = 18$), er fremsatt av Cassidy et al. (2005). Mødrene ble enten klassifisert som globalt sensitive eller insensitive på Ainsworths sensitivitetsskala (Ainsworth et al., 1978 ref

fra Cassidy et al., 2005). Av de 18 barna (vurdert i FS), hadde ni av barna som ble vurdert som utrygge, mødre som ble vurdert som insensitive. Seks barn som ble vurdert som trygge, hadde imidlertid også mødre vurdert som insensitive (de resterende tre mor-barn dyadene ble vurdert som sensitive-trygge). Disse observasjonene ledet forskerne til å anta at selv om sensitivitet er viktig, er ikke insensitivitet uforenlig med trygg tilknytning hos barn. Forskerne fant at insensitive mødre med barn som blir trygge, til slutt responderer på barnets tilknytningsatferd. Et barn kan altså ignorere mye av det forskerne anser som insensitivt – så lenge det til slutt kommer en respons på aktiveringen av tilknytningssystemet. Tilsvarende kan et barn ignorere mye av det forskerne anser som sensitivt – dersom ikke atferden fungerer som en respons på aktiveringen av barnets tilknytningssystem. Ved å fokusere på foreldrerresponsen på tilknytningsatferd, heller enn global sensitivitet, kan Cassidy et al. (2005) ha vært med på å legge grunnlaget for en løsning på overføringsgapet. Forskerne mener imidlertid ikke at foreldresensitivitet ikke er viktig. De fant at hele 67 prosent av barna faller inn i kategorier som viser en assosiasjon mellom sensitivitet og tilknytning. De mener imidlertid at den moderate forbindelsen mellom sensitivitet og tilknytning hos barn ikke er en funksjon av målingsfeil, men kan forklares av at sensitivitet spiller en viktig, men ikke eksklusiv rolle ved tilknytningstrygghet (Cassidy et al., 2005). Muligens er både sensitivitet, RF, og trygg base funksjonen essensielt ved overføringsgapet. Det er nødvendig med mer forskning for å avklare dette.

3. DISKUSJON

Ovenfor så vi nærmere på konsekvenser for atypisk tilknytning hos barn i omsorgsrisiko, med vekt på barn av deprimerede mødre. I det følgende vil vi problematisere noen av temaene i litteraturgjennomgangen ytterligere. Først vil vi ta for oss metodiske problemstillinger, deretter vil vi ta for oss problemstillinger av teoretisk art.

3.1 Metodiske problemstillinger

Reliabilitet av deprimerede foreldres selvrapporter

Mødre har ofte vært hovedkilden til informasjon om barns utvikling og fungering (Richters, 1992). Det er imidlertid stilt spørsmålsteget ved reliabiliteten av deprimerede foreldres rapporter vedrørende egne barn. Undersøkelser kan tyde på at deprimerede mødre rapporterer om flere og større problemer hos barna sine enn det som er tilfellet, vurdert ut fra blant annet læreres vurderinger (Chilcoat & Breston, 1997). Kashani og medarbeidere (1985, ref fra Gotlib & Goodman, 1999) fant at deprimerede foreldre underrapporterte depressive symptomer, og at de overrapporterte opposisjons- og oppmerksomhetsproblemer hos barna sine. Muligens kan

depresjonen påvirke mødrenes evne til å gi nøyaktige vurderinger, blant annet kan de ha lavere frustrasjonstoleranse. Nå er imidlertid trenden i studier av barnepsykopatologi snudd fra selvrappotering hos foreldre til større vekt på strukturerte intervjuer og observasjoner av barn, samt lærerrapporter (Gotlib & Goodman, 1999).

Baltimore-undersøkelsen: replikasjonsundersøkelser med et større utvalg

Baltimore-undersøkelsen var fremragende både med tanke på hvor lenge barna ble observert og antallet hjemmebesøk. Ingen andre undersøkelser har benyttet så omfattende naturalistiske observasjoner. Den må likevel anses som en eksplorerende undersøkelse, som er egnet til å danne hypoteser, men ikke til å teste dem. Utvalget var for lite til å trekke slutninger om universelle forhold som påvirker barns tilknytning (Smith, 2002).

Det fins dessverre ingen replikasjoner av denne undersøkelsen i full skala. Det er gjort noen delvise replikasjonsstudier med et større utvalg, men disse har som regel kun benyttet to-tre hjemmebesøk, før FS ble administrert. Hjemmebesøkene varte som oftest mye kortere enn i Ainsworths undersøkelse. Man har altså ikke et så sant bilde av variasjonene i samspillet fra gang til gang som ble oppnådd i Baltimore-undersøkelsen. Til tross for dette, har de fleste replikasjonsundersøkelser bekreftet Ainsworths sensitivitetshypotese (Smith, 2002). Som tidligere nevnt, har meta-analyser vist at mødres sensitivitet har en moderat effekt på barns tilknytningstrygghet. Det klare resultatet som forskerne fant i Baltimore-undersøkelsen er derimot ikke bekreftet.

Det kan være mange årsaker til at det har vært vanskelig å replikere denne undersøkelsen. En årsak er at tilknytningsbegrepet først ble ansett som et beskyttelsesfenomen, men nå er utvidet til også å inkludere andre aspekter ved foreldre-barn relasjonen. En annen, er at måling av sensitivitet ofte er basert på klinisk skjønn. Siden hensikten er å vurdere betydningen av tilknytningspersonens atferd og ikke bare hans eller hennes observerbare reaksjoner på barnet, vil klinisk tolkning alltid være viktig til en viss grad (Smith, 2002).

Kritikk av sensitivitetsskalaen

Ainsworth og medarbeidere (1978, ref fra Meins, 1999) utviklet, som tidligere nevnt, en sensitivitetsskala. Skalaen spesifiserer imidlertid ikke hva som skal vurderes, det er heller ingen retningslinjer med hensyn til hvilke sammenhenger den bør brukes under, eller lengden på observasjonsperioden. Som følge av dette, er flere ulike former for omsorgsutøvelse inkludert under sensitivitetskategorien, selv når den opprinnelige skalaen benyttes (Meins, 1999). Flere forskeres bruk og tilpasning av Ainsworth og medarbeideres (1978, ref fra

Meins, 1999) klassiske sensitivitetsbegrep har resultert i en stor mismatch mellom den atferd som nå inkluderes i begrepet og den atferd som Ainsworths forskergruppe inkluderte da de utviklet skalaen. Opprinnelig var nøkkelaspektet ved sensitivitetsbegrepet responser som er adekvate til barnets signaler. Slik sensitiv respondering går utover evnen til kun å respondere raskt på barnets atferd. Dette kan være en medvirkende forklaring på at meta-analyser ikke har replikert den sterke effektstørrelsen med hensyn til relasjonen mellom sensitivitet og tilknytningstrygghet som ble rapportert av Ainsworth og medarbeidere (1978, ref fra Meins, 1999).

Kritikk av FS

FS er svært ressurskrevende å administrere. Spesielt fordi det er nødvendig med videoutstyr og en ekstra person som kan fungere som en fremmed. Deretter kommer skåringen som skal utføres av en spesialutdannet psykolog. Vedkommende kan ofte bruke cirka to timer på å skåre et videoopptak på litt over 20 minutter (Smith, 2002).

FS kritiseres videre for ikke å være like egnet til å vurdere tilknytningsstatus i dag som tidligere, siden flere barn nå går i barnehage. Clark-Stewart (1988, 1990, ref fra Belsky, 2001) spekulerer i at FS muligens ikke stresser barnehagebarn i like stor grad som barn som ikke er vant med rutinemessig atskillelse fra sine mødre. Som en konsekvens av dette, kan det hende at den uavhengige utforskningsatferden som vises av barnehagebarn, feilbedømmes i form av unngåelse overfor moren, noe som kan resultere i vurderinger av utrygg tilknytning. Da NICHD-SECC så nærmere på spørsmålet knyttet til validiteten av FS som en metode for å vurdere barnehagebarn, fant de ingen støtte for denne antagelsen. Denne antagelsen er for øvrig gjengitt så ofte i litteraturen om barns utvikling at den nærmest har vært regnet som et etablert faktum (McGurk et al., 1993 ref fra Belsky, 2001). Belsky (2001) referer til en undersøkelse der man ikke fant noen forskjell i graden av ubehag som barn viste overfor moren i FS, når man sammenlignet barn som gikk i barnehage med barn som hadde svært begrenset erfaring med omsorg utenfor hjemmet. Videre var forskere som skulle kode disse barna like sikre på sine tilknytningsklassifiseringer i begge tilfellene (NICHD early child care research network, 1997a ref fra Belsky, 2001). Belsky (2001) ser derfor ikke at FS har noen svekket validitet som en metode for å vurdere tilknytningstrygghet hos barn, selv om flere barn benytter omsorgstilbud utenfor hjemmet nå enn tidligere.

Kritikk av AAI

I likhet med FS er AAI funnet å ha en nær sammenheng med observerbare mål på tilknytning. AAI anses derfor ofte som ”gullstandarden” på tilknytningsfeltet. Videre er dette en kompleks

prosedyre, og kodingen av intervjuet krever vesentlig trening, tid, og ressurser. Nært samsvar mellom tilknytningsklassifiseringer hos henholdsvis omsorgsgiver og spedbarn, foretatt av kodere som ikke visste noe om AAI-resultatene på forhånd, (van IJzendoorn, 1995 ref fra Manassis et al., 1999) og samsvar mellom AAI hos omsorgsgivere og voksne barn (Benoit & Parker, 1994 ref fra Manassis et al., 1999) har etablert prosedyrens validitet (Manassis et al., 1999).

Den publiserte forskningen på AAI synes å vise at denne bare gir en global måling av tilknytningstrygghet (for eksempel autonomi). Ifølge Meins (1999) diskriminerer ikke AAI mellom tilknytningsrelasjonen til mor distinkt fra far eller en annen tilknytningsfigur. Mangelen på diskriminering er problematisk av en rekke årsaker. For det første, hevdet Bowlby (1969, ref fra Meins, 1999) at den indre arbeidsmodellen barnet har av tilknytningsfiguren er dannet på bakgrunn av tidligere erfaringer knyttet til denne personen alene. Barnet vil derfor ha ulike indre arbeidsmodeller for hver tilknytningsrelasjon. Tilknytningstradisjonen hevder at barn danner flere ulike tilknytningsrelasjoner, noen trygge og noen utrygge. Gitt dette resonnementet, er det ifølge Meins (1999) merkelig at AAI ikke tar høyde for at det finnes distinkte mentale representasjoner av tilknytningsrelasjoner også hos voksne. En mulig innvending mot denne argumentasjonen er imidlertid at tilknytningskvaliteten muligens generaliseres med økende alder. Noe som kan forklare at det er mindre differensiering knyttet til mentale representasjoner av tilknytningsrelasjoner hos voksne enn hos barn (Smith, i personlig samtale, 01.09.2008).

For det andre, er det et behov for å skille mellom den voksnes indre arbeidsmodell av selvet i forhold til egne foreldre og den indre arbeidsmodell av selvet i forhold til barnet. AAI inneholder spørsmål om forholdet mellom intervjuobjektet og hans eller hennes barn, men responsene brukes kun for å vurdere om vedkommende har ubegrunnet frykt for barnets trygghet, noe som indikerer en viss AAI underklassifisering. Ifølge Meins (1999) kan man altså ikke ved hjelp av AAI vurdere om det er forskjeller i intervjuobjektets representasjon av relasjonen til egne omsorgsgivere versus egne barn. Gitt disse begrensningene, er det ifølge Meins (1999) overraskende at forskere synes å akseptere AAI som en vurdering av voksnes indre arbeidsmodeller, og at det ikke er gjort forsøk på forbedringer. Meins (1999) hevder videre at det er ekstremt vanskelig å finne kritikk av AAI i forskningslitteraturen. Han mener det kan være en følge av at AAI-prosedyren, klassifikasjonssystemet, samt spørsmål knyttet til denne forblir upublisert, og dermed hovedsakelig er tilgjengelig for de med formell trening (Meins, 1999).

En annen vesentlig kilde til kritikk er at forskere gjerne er informert om barnets tilknytningsklassifisering før de gjennomfører AAI med omsorgsgiver. Det er derfor mulig at de, i slike tilfeller, ser den voksnes tilknytningsklassifisering gjennom fargede briller og slik sett mister noe av objektiviteten (Smith, i personlig samtale, 01.09.2008).

3.2 Teoretiske problemstillinger

Kan barnets temperament påvirke tilknytningstrygghet?

I spedbarnsalderen er tilknytningsfiguren den mest sentrale figuren i barnets sosiale verden. Følgelig har man i temperamentsforskningen ønsket å undersøke om individuelle forskjeller i temperament påvirker utviklingen av den påbegynnende tilknytningsrelasjonen. Som på mange områder innen psykologien, strides imidlertid de lærde. Det hersker uenighet blant forskere om hvorvidt temperamentssegenskaper i vesentlig grad har sammenheng med individuelle forskjeller i tilknytningstrygghet (Goldsmith, Bradshaw & Riesen-Danner, 1986). Temperamentsbegrepet kan innlemmes i tilknytningsteorien på minst to måter. En mulighet er å se temperamentsdimensjonene som mediatorer av de sosiale interaksjonsprosessene som er underliggende for etablering og opprettholdelse av sosiale bånd. En annen, er å se disse som relativt direkte bidrag til individuelle forskjeller i spesifikk, observerbar tilknytningsatferd (Goldsmith et al., 1986).

Historisk sett har tilknytningsforskningen fokusert på variabler som mødresensitivitet ovenfor spedbarnets signaler relatert til tilknytningstrygghet. Imidlertid indikerer flere studier at temperamentsvariasjoner hos barn kan påvirke mor-barn interaksjonen under de første levemånedene. I samsvar med dette har flere forskere fremmet interaktive modeller hvor de har kommet med hypoteser om hvordan temperament kan bidra til utviklingen av tilknytning (Bradshaw et al., 1984; Goldsmith & Campos, 1982; Weber et al., 1986 (in press); Rothbart & Derryberry, 1981; Bates, 1986 (in press) ref fra Goldsmith et al., 1986). Blant disse synes det å være en enighet om viktigheten av ikke å undervurdere barnets eget bidrag i tilknytningsprosessen. Barnets bidrag ses her som viktig på lik linje med morens bidrag.

Klassisk tilknytningsteori inntar et annet standpunkt. Bowlby og Ainsworth var begge enige om at spedbarnets genetiske eller konstitusjonelle egenskaper kunne påvirke morens respondering, men de konkluderte likevel med at det hovedsakelig var morens egenskaper som var avgjørende for mor-barn interaksjonen og dermed for etableringen av tilknytning (Ainsworth, 1979; Bowlby, 1969 ref fra Goldsmith et al., 1986). Baltimore-studien ble tatt til inntekt for dette synspunktet. Dataene fra denne undersøkelsen indikerte større stabilitet i mødre-atferd enn i spedbarnsatferd under de seks første levemånedene. Ifølge Goldsmith et al.

(1986) kan imidlertid den manglende vektleggingen av spedbarnsvariabler være uheldig. De hevder at Ainsworth baserte sine konklusjoner på enkel korrelasjonsanalyse, og at dette var utilstrekkelig med hensyn til å trekke klare slutninger. Slik sett var derfor spørsmålet om hvorvidt spedbarnets temperament påvirker tilknytning fortsatt ubesvart etter at denne studien hadde funnet sted. I etterkant av Baltimore-studien har det kommet evidens til støtte for mødreinnflytelse på tilknytningstrygghet. Tilsvarende, om enn i noe mindre grad, er det kommet evidens til støtte for temperamentsmessige påvirkninger. Det er imidlertid vanskelig å finne en kausal prioritet mellom disse og kanskje er det også et tvilsomt mål.

Goldsmith og medarbeidere (1986) konkluderer med at temperamentsmessig tilbøyelighet til å oppleve ubehag kan predikere unngåelsesatferd i FS og har en, om enn ufullstendig, sammenheng med en framtidig C-klassifisering (jf. utrygg/ambivalent tilknytning). Mødres oppfatning av temperamentsmessig interesse, evne til å holde fokus, og glede kan likeledes predikere unngåelsesatferd og kan ha sammenheng med en type A-klassifisering (jf. utrygg/unngående tilknytning). I et bredere perspektiv er det viktig at teoretiseringen går bort fra enten eller tenkning, og heller verdsetter kompleksiteten ved både temperament og tilknytning til fulle (Goldsmith et al., 1986).

Kritikk av den desorganiserte tilknytningskategorien

Bowlbys konseptualisering av tilknytning som et atferdssystem aktivert av spedbarnet i potensielt truende situasjoner (Bowlby, 1969 ref fra Crittenden, 2000), ble operasjonalisert i den såkalte FS. På bakgrunn av denne identifiserte man, som vi har vært inne på, tre organiserte tilknytningsmønstre, henholdsvis: B (trygg tilknytning), A (unngående tilknytning) og C (ambivalent tilknytning). De fleste barn i 12-18 måneders alderen kan plasseres innen denne tredelingen. Kategori B ses som den mest optimale, mens de resterende ses som mindre optimale, alternative strategier. I etterkant av det klassiske klassifiseringssystemet som ble utformet av Ainsworth, har både Main og Solomon, og Crittenden fremmet forslag til revidering av denne. Main i form av sin A, B, C, D-modell, Crittenden gjennom sin dynamiske utviklingsmodell av tilknytning (Crittenden, 2000).

Til tross for at de fleste barn kan innlemmes i de tre kategoriene i Ainsworth sin klassiske modell, gjelder ikke dette alle. Main og Solomon (1990, ref fra Crittenden, 2005) tok derfor til orde for et fjerde tilknytningsmønster, kalt desorganisert tilknytning, eller kategori D. Slik vi forstår Crittenden (2000) opplever hun imidlertid denne som en samlekategori av liten teoretisk verdi (Crittenden, 2000). Main og Solomon (1990) definerer alt som faller utenfor Ainsworths tradisjonelle tredeling som ”desorganisert” eller ”umulig å

klassifisere”. De henviser til at barn viser en desorganisert atferd dersom tilknytningspersonen viser skremt eller skremmende atferd i tilknytningsrelevante situasjoner. Crittenden hevder på sin side at barn har selvorganiserte, heller enn desorganiserte responser på trusler om fare (Allison, 2006). Hun hevder at vanskjøttede barn viser organisert atferd på en strategisk måte for slik sett å redusere fare for fortsatt omsorgssvikt (Crittenden, Claussen & Kozlowska, 2007).

Depresjon som et flerdimensjonalt begrep

I mange studier blir depresjon behandlet som et homogent, endimensjonalt begrep. For eksempel blir foreldre ofte enten plassert i en depressiv gruppe eller i en (frisk) kontrollgruppe. Dette fanger ikke tilstrekkelig opp den flerdimensjonale kompleksiteten ved depresjon (Cummings & Davies, 1994). På hvilken måte kan deprimerte foreldre variere?

Det er ofte liten forståelse for betydningen av vegetative symptomer (søvn, energi og forstyrret appetitt), sammenlignet med kognitive faktorer (lav selvtillit, skam, pessimisme), eller affektive symptomer (depresjon, irritabilitet, tap av interesse eller behag). Det er også liten forståelse for hvordan de kan være forskjellig assosiert med barneutfall. For eksempel kan ulike symptomklustere reflektere høyere genetisk påvirkning og ha ulik sammenheng med kvaliteten på foreldreatferd (Gotlib & Goodman, 1999).

Alvorlighetsgrad, varighet og behandlingshistorie varierer betraktelig innen en gruppe av deprimerte voksne og bør differensieres. Depresjonens episodiske natur bør også kartlegges. Forskere trenger å gi en tydelig beskrivelse av om deltakerne hadde en depressiv episode da studien ble gjennomført. En forståelse av det interepisodiske fungeringsnivået ville også være nyttig (Gotlib & Goodman, 1999).

Familiekonteksten bør dessuten differensieres, spesielt med hensyn til ekteskapskonflikter, vansker i foreldre-barn relasjonen, foreldreinnleggelses, og fysisk fravær. Andre former for foreldrepatologi, uheldige sosioøkonomiske omstendigheter, og utilstrekkelig sosial støtte bør også kartlegges (Zahn-Waxler et al., 1992 ref fra Cummings & Davies, 1994).

Det er nødvendig med mer nøyaktig kontroll og/eller seleksjon av kjennetegn ved depresjon. I fravær av slik forskning må man være forsiktig med å generalisere fra funnene. Gotlib og Godman (1999) antar at studier som tar slike individuelle forskjeller i betraktning, vil kunne bidra til å klargjøre det faktum at barn av deprimerte ikke bare viser økt frekvens av depresjon, men også av atferdsforstyrrelse og andre psykiske plager. Større oppmerksomhet rettet mot forskjeller innenfor en gruppe av deprimerte foreldre kan hjelpe til med å

identifisere mønstre som er forskjellig assosiert med, for eksempel, internaliserende versus eksternaliserende lidelser hos barn.

Er følgetilstander for barn av deprimerte spesifikke for denne gruppen?

Det er flere grunner til å tro at følgetilstandene for barn av deprimerte ikke er spesifikke for denne gruppen alene.

For det første, er den inadequate foreldreatferden som kjennetegner deprimerte også identifisert i familier der foreldrene har andre diagnoser enn depresjon. Deriblant i familier hvor omsorgsgiver lider av angstlidelse, stoffmisbruk eller schizofreni (Ledingham, 1990; Turner et al., 1987 ref fra Lyons-Ruth et al., 2002). Tilsvarende er inadekvat foreldreatferd observert blant foreldre som preges av andre alvorlige stressorer, slik som fysiske sykdommer (Breslau & Davis, 1986; Gordon et al., 1989 ref fra Lyons-Ruth et al., 2002).

For det andre, har kun et lite antall studier spesifikt undersøkt sammenhengen mellom foreldredepresjon og problematisk barnefungering. Forskere har funnet at feiltilpasning hos barn både har sammenheng med unipolar og bipolar depresjon, angstlidelse og generell foreldrepsykopatologi (Turner et al., 1987; Lee & Gotlib, 1989a, 1989b ref fra Gotlib & Goodman, 1999). Forskning viser videre at barn av schizofrene viser kognitiv og emosjonell forstyrrelse (Goodman & Gotlib, 1999). Det virker dermed som det er lite spesifisitet av barneutfall ved foreldredepresjon.

For det tredje, er det ofte høy komorbiditet mellom lidelser (Gotlib & Cane, 1989 ref fra Gotlib & Goodman, 1999) og høy korrelasjon mellom depresjon og stress (Rutter & Quinton, 1984 ref fra Gotlib & Goodman, 1999). Det bør dermed ikke være overraskende at tilsvarende problemer er funnet blant barn av deprimerte, schizofrene og andre psykisk forstyrrede foreldre, samt barn utsatt for foreldres ekteskapsproblemer eller skilsmisse og generelle sosiale problemer (Gotlib & Goodman, 1999).

Ifølge Gotlib og Goodman (1999) kan det være mer hensiktsmessig for forskere å vurdere fellesaspekter ved foreldrepsykopatologi, enn å studere effekten av ulike diagnostiske kategorier hos foreldre.

En ”svak modell” av relasjonen mellom foreldredepresjon og tilknytningstrygghet

Forskning viser altså at følgetilstander hos barn av deprimerte ikke gjelder utelukkende for disse. Av den grunn hevder Lyons-Ruth et al. (2002) at foreldredepresjon ikke er den primære årsaksvariabelen som gjennom ulike mekanismer skaper et dårlig utfall for barnet.

Lyons-Ruth et al. (2002) har fremsatt en ”svak modell” av relasjonen mellom foreldredepresjon og barnets feiltilpasning. De hevdet at feiltilpasset familieinteraksjon i

førstegenerasjonen er en sterkere årsaksforklaring på feiltilpasset familieinteraksjon i andregenerasjonen, enn klinisk depresjon alene. I tillegg hevder forskerne at feiltilpasset familieinteraksjon i førstegenerasjonen kausalt kan bidra til klinisk depresjon i andregenerasjonen. Ifølge dette synet er det altså ikke foreldredepresjonen som forårsaker de relasjonelle problemene som bidrar til utrygg tilknytning eller desorganisering hos barnet. I stedet antas det at relasjonelle vansker i førstegenerasjonen predikerer relasjonelle vansker i andregenerasjonen. De relasjonelle vanskelighetene vil deretter øke risikoen både for depresjon og for tilknytningsdesorganisering (Lyons-Ruth et al., 2002).

4. INTERVENSJONER FOR Å FREMME TIDLIG TILKNYTNING

I det følgende vil vi komme inn på intervensjoner som søker å fremme trygg tilknytning. Dette er som tidligere nevnt viktig, fordi barn i omsorgsrisiko står i fare for å utvikle utrygg tilknytning, hvilket igjen er en risikofaktor for senere feiltilpasning og psykopatologi. Det vises ofte stabilitet av feiltilpasning hos barna. Trygg tilknytning kan også utvikle seg til utrygg tilknytning over tid. Disse faktorene fremhever betydningen av å utvikle og evaluere forebyggende intervensjoner rettet mot små barn.

De siste 15 årene har en rekke intervensjoner blitt utviklet med mål om å fremme tidlig tilknytning. Disse varierer med hensyn til intensitet, varighet og fokus. Forsøk på å gjennomgå og syntetisere resultatene har gitt forskjellige konklusjoner om hvordan man best kan utføre intervensjoner for å fremme tidlig tilknytning (Berlin, 2005).

De fleste av disse studiene er forebyggende, mens noen er reaktive. Selv de forebyggende studiene kan være av sekundær forebyggende art, det vil si at de er rettet mot høyrisikogrupper før skade har skjedd (Browne et al., 1988 ref fra Prior & Glaser, 2006). Reaktive intervensjoner, også kalt tertiær forebygging (Browne et al., 1988 ref fra Prior & Glaser, 2006), søker å minimere eller reversere skade som allerede har skjedd. I praksis kommer det ikke alltid klart fram i hvilken klasse intervensjonene faller, om de er sekundære eller tertiære.

Noen lovende intervensjoner som har vært rettet mot å forbedre relasjonen mellom foreldre og barn, har funnet sted (Cicchetti, Rogosch & Toth, 2000; Gefald et al., 1996 ref fra Forman et al., 2007). Vi vil her belyse noen av de vi anser som de viktigste.

4.1. Intervensjoner som søker å fremme tidlig tilknytning: tre terapeutiske oppgaver

I lys av overføringsmodellen og overføringsgapet, hevder Berlin og Cassidy (2001, ref fra Berlin, 2005) at intervensjoner utviklet for å fremme tidlig tilknytning bør inkludere tre terapeutiske oppgaver.

Den første oppgaven omhandler foreldrenes indre arbeidsmodell. Hensikten er å hjelpe omsorgspersonen med å få innsikt i indre representasjoner, spesielt i nære forhold og/eller emosjonelt ladete situasjoner. Bowlby argumenterte for at den mest effektive måten å oppnå denne innsikten på er ved diskusjon av foreldrenes tidlige og nåværende nære relasjoner, og påvirkningen av tidlige relasjoner på nåværende relasjoner (Berlin, 2005). Ved å fremme bevissthet om egne arbeidsmodeller og hvilken påvirkning disse har på nåværende atferd, kan fastlåste og ueffektive mønstre reverseres (Berlin, 2005). Ifølge Bowlby må terapeuten hjelpe omsorgspersonen med å forstå sammenhengen mellom tidlige og senere relasjoner, i den grad strategier utviklet i tidlige relasjoner fremmer eller undertrykker oppnåelsen av nåværende relasjonsmål. Bare da kan omsorgspersonen begynne å endre sin atferd og senere sin arbeidsmodell (Berlin, 2005). Dette kalles en representasjonstilnærming (Cicchetti et al., 2004).

Den andre oppgaven er å fremme foreldrenes omsorgsutøvelse (hovedsakelig sensitivitet). Dette innebærer å hjelpe den voksne med å tolke barnets behov så nøyaktig som mulig, respondere konsekvent, og tjene som en trygg base, som barnet kan utforske verden fra. Det kan være spesielt nyttig å lære omsorgspersonen å forstå begrepet *trygg base*. Dette blir definert som å gi nærhet og trygghet i respons til barnets nærhetssøking, og fremme autonomi som respons på barnets lyst til å utforske (Berlin, 2005). Dette kalles en atferdstilnærming (Cicchetti et al., 2004).

Ifølge Bowlby og andre, vil de to første terapeutiske oppgavene avhenge av kvaliteten på forholdet mellom terapeuten og omsorgspersonen. Det vil si, i hvilken grad terapeuten tjener som en trygg base som omsorgspersonen mentalt sett kan utforske sitt forhold til barnet fra (Berlin, 2005). Bowlby (1980, 1988, ref fra Berlin, 2005) hevdet at nye tilknytningsrelasjoner er en faktor som kan endre indre arbeidsmodeller. Omsorgsgiverens innsikt i egen historie, spesielt de mest smertefulle øyeblikkene, vil mest sannsynlig oppstå i sammenheng med et støttende terapeutisk forhold, når den voksne har prøvd ut ny foreldreatferd.

Vi har valgt å dele intervensjonene inn i tre hovedkategorier, henholdsvis: a) intervensjoner som søker å fremme sensitiv omsorgsutøvelse, b) intervensjoner som søker å endre foreldrenes indre arbeidsmodeller, og c) intervensjoner som kombinerer de to

førstnevnte tilnærmingene. Foruten de ovennevnte, eksisterer det også intervensjoner som fokuserer på å fremme sosial støtte eller velvære hos foreldrene (Egeland, 2004), men vi har ikke valgt å belyse disse, da de ligger utenfor vårt hovedanliggende.

4.2. Intervensjoner som søker å fremme sensitivitet hos omsorgsgiver:

Disse intervensjonene fokuserer på mor-barn samspill. Barnets atferd eller emosjonelle tilstand er ikke i fokus. Det er likevel viktig for evalueringen av effekt (Prior & Glaser, 2006).

”Circle of Security” (COS)

COS er en teoribasert intervensjon som søker å fremme sensitivitet hos den primære omsorgsgiver. Til tross for at den fortsatt er under evaluering har vi valgt å inkludere denne, da den fremstår som viktig (Prior & Glaser, 2006). COS har til hensikt å bedre relasjonen mellom høyrisikoforeldre og deres barn. Tilnærmingen baserer seg på utviklingsteori og objektrelasjonsteori. Terapeuten vil tjene som en trygg base og vil hjelpe omsorgsgiver med å tilegne seg kunnskap om barnets tilknytningsbehov, samt hvilke hindringer som står i veien for å imøtekomme disse (Cooper et al., 2005).

Vi kan skille mellom to faser i behandlingsforløpet, henholdsvis utredningsfasen og intervensjonsfasen. Under utredningen filmes hver dyade i FS. Etter at denne har funnet sted vil omsorgsgiver delta i COS-intervjuet (COSI; Cooper et al., 1999 ref fra Cooper et al., 2005). Det er et timelangt intervju som blir tatt opp på video, og består av spørsmål knyttet til atferd og følelser i FS, utvalgte ledd fra PDI (Aber et al., 1989 ref fra Cooper et al., 2005), og ledd fra AAI (George, Kaplan & Main, 1985 ref fra Cooper et al., 2005). Til sist, vil omsorgsgiver fylle ut standardiserte spørreskjema knyttet til eventuelle atferdsvansker hos barnet, foreldreangst eller depresjon, opplevelse av stress, og belastende livshendelser (Cooper et al., 2005).

Etter utredningsfasen følger intervensjonsfasen. Her vil omsorgsgiver se videoopptak av samspillsituasjoner, med vekt på FS, sammen med en terapeut. Terapeuten vil hjelpe omsorgsgiver med å bli mer bevisst på sterke og svake sider i samspill med barnet. Behandlingsforløpet tar sikte på å hjelpe klienten med å oppnå fem relasjonelle ferdigheter, henholdsvis bedre forståelse av barnets relasjonsbehov, observasjons og fortolkningsferdigheter, RF, emosjonsregulering og empati (Cooper et al., 2005).

”Keys to Caregiving” (KTC)

KTC er i likhet med COS også under evaluering, men en pilotstudie (Jung, Letourneau & Andrews, 2007) har vist lovende resultater. KTC er et omfattende ferdighetstreningsprogram

utviklet av Spietz et al. (1990, ref fra Jung et al., 2007). Intervensjonen søker å hjelpe moren med å utvikle effektive måter å trøste og håndtere barnet på. Gjennom terapi i grupper lærer mødrene betydningen av spedbarnsatferd og hvordan de best kan respondere på barnets tilstand. De får mulighet til å øve på de tilegnede mødreferdighetene, og de kan luften sine relasjonelle bekymringer. Målet er en mer gjensidig, positiv interaksjon (Jung et al., 2007).

I sin pilotstudie av effekten av KTC i en gruppe på 11 mor-spedbarn dyader hvis mødre led av mild til moderat fødselsdepresjon, fant Jung og medarbeidere (2007) at barna viste en signifikant økning i positiv affekt, til tross for at mødrenes depresjon ikke endret seg. Dette peker på viktigheten av å endre mødreatferd for å skape mer positive utfall hos barnet, selv når de depressive symptomene hos moren vedvarer. Slike intervensjoner antas derfor å være en viktig komponent i behandling av fødselsdeprimerte (Jung et al., 2007).

”Interaction Guidance” (IG)

IG er en tertiærforebyggende intervensjon (Mc Donough, 1993 ref fra Bernard-Bonnin, 2004) som føyer seg inn i rekken av intervensjoner som søker å fremme sensitivitet, slik vi forstår det. Tilnærmingen er rettet mot klinisk henviste spedbarn og deres foreldre. Det er en ressursfokusert behandlingstilnærming som vektlegger involvering hos omsorgsgiver (Zenah, Stafford & Zenah, 2005). Den søker både å identifisere adekvat foreldreatferd og å bidra til alternative fortolkninger av spedbarnsatferd. Mor-barn interaksjoner videofilmes og gjennomgås i en reflekterende dialog mellom omsorgsgiver og terapeut. Fokuset er rettet mot ”her og nå” interaksjoner. Timeantallet er satt til tolv timer og intervensjonen er av fire til seks måneders varighet (Zenah et al., 2005).

4.3. Intervensjoner som søker å endre indre arbeidsmodeller hos omsorgsgiver

Evidensbaserte intervensjoner som søker å endre indre arbeidsmodeller fokuserer på å endre omsorgspersonens mentale representasjoner av omsorgserfaringer fra egen oppvekst (Egeland, 2004). Teorien bak tilnærmingen er at foreldrene hjemsøkes av vonde minner fra fortiden som de aldri har bearbeidet (såkalte gjengangere i barneværelset, jf. Fraiberg, Adelson & Shapiro, 1975 ref fra Cicchetti et al., 2004). De uintegreerte minnene antas å påvirke foreldrenes omsorgsutøvelse overfor egne barn. Ofte kan dette inntreffe ved at de gjentar destruktive samhandlingsmønstre som de tilegnet seg i barndommen (Goodman, 2007). Ifølge teorien vil moren bli mer sensitiv dersom hun bearbeider minnene, istedenfor passivt å videreføre dem i egen omsorgsutøvelse. Gitt at moren blir mer sensitiv, vil barnet utvikle en tryggere arbeidsmodell av relasjonen til foreldrene, noe som har sammenheng med en vid rekke fordelaktige sosio-emosjonelle utfall (Weinfield et al., 1999 ref fra Goodman, 2007).

”Toddler Parent Psychotherapy” (TPP)

Empiri viser at det ofte skjer et skifte fra trygg til utrygg tilknytning i 12 til 18 måneders alderen blant barn av deprimerte mødre. Det kan virke som småbarnsperioden konfronterer mor-barn dyaden med utfordringer som ikke mestres effektivt. Deprimerte mødre kan bli overveldet av å styre et aktivt, nysgjerrig og økende uavhengig barn.

TPP er en forebyggende intervensjon rettet mot små barn (mellom ett og tre år) av deprimerte mødre. Den har sitt opphav i arbeidet til Fraiberg og Lieberman (Fraiberg et al., 1975; Lieberman, 1992 ref fra Cicchetti et al., 2004). TPP innebærer at mor og barn sammen deltar i terapitimene. Terapeuten observerer mor-barn interaksjonen og hjelper moren med å forstå sin egen tilknytningshistorie. Målet er at hun skal utvikle en trygg, stabil relasjon til terapeuten, og at hun deretter bruker denne som rettleiende for å etablere en mer optimal tilknytningsrelasjon til barnet (Cicchetti et al., 1999). Morens representasjoner antas å påvirke mor-barn interaksjonen. Ved TPP anses terapeutisk endring å være et resultat av morens økende forståelse av effektene av tidligere relasjoner på nåværende følelser og interaksjon. Gjennom utvikling av mer positive representasjoner forventes det at morens sensitivitet, respondering og tilpasning overfor barnet bedres, i tillegg til at hennes tilfredsstillelse øker også i andre relasjoner (Cicchetti et al., 2004).

Cicchetti et al. (1999) studerte effekten av TPP når det gjelder å fremme tilknytningstrygghet blant barn av deprimerte mødre. 63 deprimerte mødre ble tilfeldig fordelt i en TPP intervensjonsgruppe (DI) eller til ingen behandlingsgruppe (DK), og sammenlignet med en kontrollgruppe (K) av mødre uten noen tidligere kjent psykisk lidelse. I utgangspunktet ble det funnet høyere frekvens av utrygg tilknytning blant DI og DK-gruppene, sammenlignet med K-gruppen. Etter intervensjonen oppnådde barna i DI-gruppen trygg tilknytning på nivå med barna i K-gruppen. Barna i DK-gruppen hadde derimot fortsatt like høy frekvens av utrygg tilknytning. Cicchetti et al. (2004) fant det samme og Toth et al. (2006) bekreftet disse resultatene. Toth et al. (2006) fant at barn av mødre i DI gruppen fikk mer trygg tilknytning, sammenlignet med barn av friske mødre. DI og K gruppen hadde også lavere forekomst av desorganisert tilknytning enn barn av mødre i DK-gruppen. Funnene støtter altså betydningen av tilknytningsteori som intervensjonsgrunnlag i forhold til små barn av deprimerte mødre. Stabiliteten av utrygg tilknytning blant barn av mødre i DK-gruppen fremhever betydningen av å gi forebyggende intervensjon til denne høyrisikogruppen. Ifølge disse forskerne representerer Cicchetti et al. (1999) den første tilknytningsstudien som er vist å fremme trygg tilknytning blant barn av deprimerte mødre. Longitudinelle studier er

imidlertid nødvendig for å avgjøre om en trygg tilknytning vil fungere som en beskyttende faktor for barn av deprimerte mødre på lengre sikt (Cummings et al., 2000).

”Minding the baby” (MTB)

Her beskrives pilotgjennomføringen av et hjemmebesøksprogram for spedbarn og deres familier. MTB er et tverrfaglig program, som søker å fremme tilknytning, samt mental og fysisk helse blant unge høyrisikomødre (Slade et al., 2005). Forskerne forsøker å gjøre dette ved å fremme morens RF. MTB gis av en barnesykepleier og en klinisk sosialarbeider, som bytter på komme hjem til familiene. Visittene begynner ved slutten av graviditeten, og varer til barnets andre leveår. Sykepleieren gir helsevurderinger og rådgivning, mens sosialarbeideren gir psykoterapi til omsorgspersonen i samhandling med barnet, individuell psykoterapi og kriseintervensjon. Begge forsøker å fremme mor-barn tilknytningen, blant annet ved å fremme lek og positivt engasjement, og ved å bekrefte mødrenes sensitive respondering. Helsearbeiderne søker også å fremme RF hos mødrene. De gjør mødrene bevisste på barnas fysiske og mentale tilstand, ved hele tiden å gi stemme til deres indre tilstand og intensjoner, slik at omsorgspersonen kan holde barnet ”in mind”. De kan for eksempel formidle at: ”hun ser på at du bruker fjernkontrollen hver dag – hun vil være som deg – det er derfor hun leker med den!”. På denne måten kan morens oppfatning av barnets intensjoner og emosjoner endres, slik at hun kan se det som nysgjerrig, i motsetning til slem. Helsearbeiderne kan også gi stemme til morens uutholdelige følelser og gi mening til hennes impulser. Dette hjelper moren med å holde sin egen historie og egne følelser ”in mind”.

Siden oppstarten av MTB programmet i 2002, er 23 mødre og 21 barn vervet inn i behandlingsgruppen og syv mødre med tre fødte barn til nå med i kontrollgruppen. Minst 40 prosent av mødrene hadde en mental sykdom (som oftest borderline eller PTSD). Analyser av alle intervjuene som ble samlet inn under graviditeten, tyder på at det var et ekstremt lavt nivå av RF ved begynnelsen av intervensjonen. Helsepersonalets beskrivelser og analyser fra PDI-R (Slade et al., 2005) ($n = 6$) innsamlet etter behandling i 18 måneder tyder på at mødrene var blitt langt mer reflektive i forhold til barnas emosjonelle, kognitive og fysiske utvikling enn tidligere. Evaluering av seks FS-målinger innsamlet til nå viser at ingen av barna hadde utviklet desorganisert tilknytning. Analysene ved 12-måneders alder ($n = 7$) viste lavere nivå av depresjon, lavere nivå av posttraumatiske stresssymptomer, og høyere nivå av egendyrktighet hos mødrene. Mødrene returnerte også til skole og jobb (Slade et al., 2005). Resultatene er foreløpige, og forskerne trenger naturligvis mer data for å få bekreftelse på at intervensjonen er effektiv.

4.4. Intervensjoner som kombinerer de to førstnevnte tilnærmingene

Foruten intervensjoner som enten søker å fremme sensitivitet eller endre indre arbeidsmodeller, finnes det også intervensjoner som har som formål å ta seg av begge deler (Egeland, 2004)

”Steps Toward Effective, Enjoyable Parenting” (STEEP)

STEEP er en omfattende intervensjon som både er rettet mot å endre indre arbeidsmodeller og å fremme mødresensitivitet. Behandlingen er rettet mot nybakte mødre og utføres av frivillige. Tilnærmingen inkluderer hjemmebesøk for å utvikle mor-barn relasjonen og gruppeterapi. Det er videre rom for å diskutere vanlige stressorer og støtteapparat, utviklingsforventninger, sensitiv respondering overfor barnets signaler, og omsorgsgiving (Zenah et al., 2005). Tilnærmingen begynner før fødselen og vedvarer i to år. Opprinnelig var det kun oppfølging under det første leveåret, men denne ble senere utvidet (Egeland, 2004).

”Watch, Wait and Wonder” (WWW)

En utfordring ved intervensjoner som søker å fremme psykisk helse blant spedbarn, er at fokuset ofte er på foreldrene, enten ved at man prøver å endre foreldrenes atferd overfor barnet direkte eller gjennom å endre deres mentale representasjoner (Bakermans-Kranenburg, Juffer & van IJzendoorn, 1998). Selv om intervensjonene benytter barnas lek som diskusjonsmateriale og er basert på foreldreveiledning, vurderer man ikke hvordan barna selv bruker aktiviteten til å arbeide seg gjennom egen opplevelse, utviklingsmessige eller relasjonelle vansker. Ideen om at barnet selv kan være den som initierer prosessen i psykoterapi sammen med foreldrene, ble først beskrevet av Mahrer et al. (1976, ref fra Cohen et al., 1999). Ideen ble videre utforsket av Johnson et al. (1980, ref fra Cohen et al., 1999) som kalte tilnærmingen WWW.

WWW tilnærmingen fokuserer på foreldre-barn relasjonen, men styres av barnets aktivitet. Moren instrueres til å være på gulvet sammen med barnet halvparten av timen. Hun skal observere og kun interagere på barnets initiativ. På den måten anerkjenner og aksepterer hun dets spontane atferd og er fysisk tilgjengelig, samtidig som hun kan få innsikt i barnets indre verden og relasjonelle behov. I den andre halvdel av timen, diskuterer moren sine observasjoner og opplevelse av barnets lek med terapeuten. Terapeuten gir verken råd eller tolker, men tilbyr et trygt og støttende miljø. Gjennom lek og diskusjon antas dyaden å endre sine arbeidsmodeller til å bli mer i tråd med nye erfaringer. Målet er økt sensitivitet, samt å gjøre moren bedre i stand til å følge barnets initiativ (Cohen et al., 1999).

Cohen et al. (1999) sammenlignet WWW med en annen form for mor-barn terapi, kalt psykodynamisk psykoterapi (PPT), iverksatt blant 67 klinisk henviste spedbarn og deres mødre. Barna var fra 10 til 30 måneder ved behandlingsstart og intervensjonen varte i fem måneder. I PPT, som er en representasjonstilnærming, er prosessen den samme som i psykoterapi med voksne, bortsett fra at terapien fokuserer på vanskeligheter i mor-barn relasjonen.

Cohen et al. (1999) rapporterte at barna i WWW gruppen viste en mer organisert og trygg tilknytning etter 15 møter, sammenlignet med barna i PPT gruppen. De viste også bedre emosjonsregulering. Mødrene i WWW gruppen rapporterte også mer foreldretilfredsstillelse, økt kompetanse og redusert depresjon. Begge intervensjonene var vellykkete med hensyn til å redusere spedbarnsrelaterte problemer, redusere foreldrestress og- påtrengenhets, samt mor-barn konflikter. Studien inkluderte imidlertid ikke noen kontrollgruppe. Endringene som ble rapportert, var knyttet til forskjellene mellom vurderinger foretatt før og etter behandlingen.

Leiden tilknytningsintervensjonsstudie

Studien er en fokusert korttidsintervensjon (kun fire hjemmebesøk). Utvalget bestod av 30 mødre og deres barn i alderen syv til ti måneder (Bakermans-Kranenburg, Juffer & van IJzendoorn, 1998).

Det første intervensjonen, “Video Intervention to Promote Positive Parenting” (VIPP) søker å fremme foreldresensitivitet ved å gi personlig videofeedback, kombinert med brosjyrer om sensitiv respondering. Fire temaer vektlegges under hjemmebesøkene: 1) barnets kontaktsøking og utforskningsatferd, 2) nøyaktig oppfattelse av barnets signaler og uttrykk, 3) nøyaktig og adekvat respondering på barnets signaler, 4) affektiv tilpasning og deling av emosjoner.

Den andre intervensjonen, VIPP kombinert med en representasjonstilnærming (VIPP-R), inkluderer i tillegg diskusjon om tidligere og nåværende tilknytningsrepresentasjoner. Diskusjonen består av fire temaer: 1) atskillelessituasjoner både i egen barndom og fra barnet i nåtiden, 2) omsorgserfaringer fra morens oppvekst og opplevelse av egen foreldreatferd, 3) løsrivning i ungdomstiden og definering av et voksent forhold til foreldrene, 4) fokus på hvilke barndomsopplevelser moren vil eller ikke vil videreføre til sitt barn (Juffer, Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2005).

Deltakerne i studien var mødre med utrygg tilknytning, målt med AAI. Da barna var seks måneder (pretest) og elleve måneder (posttest) ble det gjort videoobservasjoner for å måle mødrenes sensitivitet. Ved 12 måneders alder, ble AAI administrert på nytt av en annen

intervjuer. Tilsvarende ble mor-barn tilknytningen vurdert i FS og mødrenes sensitive respondering vurdert under fri lek på Ainsworth, Bell og Stayton (1974, ref fra Juffer et al., 2005) sin sensitivitetsskala, da barna var 13 måneder.

Siden studien fortsatt pågår, er resultatene kun tentative. Resultatene fra det lille utvalget som til nå er tilgjengelig, viste at intervensjonene ikke førte til en signifikant trygg tilknytning blant barna. Begge intervensjonene førte derimot til signifikant mer sensitiv respondering hos mødrene. Det var ingen forskjell i effekt mellom intervensjonene. Mødre med avvisende tilknytning syntes imidlertid å ha noe bedre utbytte av VIPP intervensjonen, mens mødre med oppslukt tilknytning syntes å ha noe bedre utbytte av VIPP-R intervensjonen. Førstnevnte mødre kan ha best utbytte av intervensjoner som har et klart fokus og gir nyttige tips i daglig interaksjon med barnet. Sistnevnte mødre, som fremdeles er opptatt av egne tilknytningserfaringer, kan ha best utbytte av at det i tillegg gis en representasjonstilnærming som søker å restrukturere deres tanker og følelser med hensyn til tilknytning (Juffer et al., 2005). Det er imidlertid nødvendig med data fra et større utvalg før det kan trekkes sterkere konklusjoner av denne studien.

Oppsummering

Samtlige av intervensjonene vi har gjennomgått, søker å arbeide mot etablering av en trygg tilkynningsorganisering. Dette gjør barnet i stand til å veksle mellom å søke beskyttelse og å utforske fritt på en fleksibel måte, alt etter hva omstendighetene krever. Det er nå sterk evidens for at fremming av mødresensitivitet er en av de mest effektive tilnærmingene for å få til en bevegelse mot økt tilknytningstrygghet. Sekundær- og tertiærforebyggende tiltak er videre viktig for å redusere eventuelle senere sosiale, emosjonelle, og/eller atferdsmessige vansker (Prior & Glaser, 2006).

5. DISKUSJON

I det foregående har vi tatt for oss intervensjoner rettet mot å fremme tidlig tilknytning. Enkelte av intervensjonene var rettet spesifikt mot barn av depressive mødre, andre var rettet mot barn i omsorgsrisiko mer generelt. Nedenfor belyser vi noen problemstillinger knyttet til disse intervensjonene.

5.1 Design og metodiske problemer

Flere av intervensjonsstudiene vi her har gjennomgått hadde robuste design, med tilfeldig fordeling til henholdsvis behandlings- og kontrollgruppe. I noen studier ble det imidlertid ikke brukt en kontrollgruppe siden det er problematisk å holde høyrisikofamilier tilbake fra et

potensielt fordelaktig program. Disse designene er mangelfulle, da de mangler en sammenligningsgruppe. Ifølge Juffer et al. (2005) bør man vurdere å bruke en kontrollgruppe med en behandling som på mange måter ligner den behandlingen som intervensjonsgruppen får, men som mangler en eller to ingredienser. For eksempel kan kontrollgruppen få en generell brosjyre om barns utvikling, mens eksperimentgruppen også mottar en spesifikk brosjyre om betydningen av sensitiv foreldreatferd for barnets tilknytningstrygghet. På denne måten kan det spesifikke aspektet ved intervensjonen bli testet, i tillegg til at kontrollgruppen får en forsvarlig oppfølging. Dersom eksperimentintervensjonen er mer vellykket enn kontrollintervensjonen, vet man dessuten noe mer spesifikt om hvilke ingredienser som har hatt en effekt (Juffer et al., 2005).

Motstridende funn på intervensjonsfeltet

Som vi tidligere har vært inne på, har tiltak som søker å fremme trygg tilknytning, gitt forskjellige konklusjoner om hva som er den beste formen for intervensjon. Spesielt har to meta-analytiske studier vist motstridende resultater (Egeland et al., 2000; Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn & Juffer, 2003).

”More is better”

Egeland og medarbeidere (2000, ref fra Berlin, 2005) utførte en meta-analyse av 15 intervensjonsprogram som søkte å fremme tilknytningstrygghet hos barn. Forskerne vurderte fire typer intervensjoner: 1) å øke foreldresensitivitet; 2) endre indre arbeidsmodeller hos foreldrene; 3) fremme sosial støtte hos foreldrene; 4) fremme mødrenes helse og velvære.

Forskerne fant at disse programmene hadde ”marginal success in promoting secure attachment” (Egeland et al., 2000, p. 67 ref fra Berlin, 2005). De fant at vellykkede intervensjoner for å fremme trygg tilknytning både må være rettet mot behandling av indre arbeidsmodeller og sensitiv foreldreatferd. Intervensjonene må også møte deltakernes spesielle behov. Mer begrensede intervensjoner kan imidlertid passe for lavrisikodeltakere. De argumenterer for nytten av omfattende, intensive intervensjoner som begynner tidlig (under graviditeten), varer lenge og er knyttet til andre tjenester (for eksempel behandling av rusproblemer). Kort fortalt argumenterte Egeland et al. (2000) for at ”more is better”, spesielt for høyrisikofamilier. Denne konklusjonen står imidlertid i kontrast til en annen meta-analyse med tittelen,

”Less is more”

Bakermans-Kranenburgs forskergruppe utførte en meta-analyse av over 29 intervensjoner, disse inkluderte 13 av de 15 programmene som ble evaluert av Egelands forskergruppe. De

meta-analyserte intervensjonene inkluderte totalt 1503 deltakere. Denne forskergruppen vurderte også fire typer intervensjoner: 1) å øke foreldresensitivitet; 2) endre indre arbeidsmodeller hos foreldrene; 3) fremme sosial støtte hos foreldrene; 4) kombinasjonen av disse (Berlin, 2005).

Forskerne fant en liten, men signifikant effekt på tilknytning. Når meta-analysen ble begrenset til studier som kun brukte ”gullstandarden” FS som utfallsvurdering, ble imidlertid ikke tilknytningseffekten signifikant. Det var kun intervensjoner som søkte å fremme sensitiv mødreatferd som hadde en god effekt på insensitiv omsorgsgiving, så vel som på tilknytningstrygghet hos barn (Bakermans-Kranenburg et al., 2003). Videre var det studiene med størst effekt på sensitivitet som hadde størst effekt på tilknytning.

De fant derimot skuffende resultater knyttet til mer omfattende intervensjoner. Intensive intervensjoner med mange behandlingstimer og fokus på sensitivitet, representasjoner og sosial støtte, viste små eller selv negative effekter på tilknytningstrygghet. Kun et lite antall intervensjoner befant seg imidlertid i denne kategorien. Disse var dessuten rettet mot høyrisikofamilier (Bakermans-Kranenburg et al., 2003).

Et fellestrekk ved de mest vellykkede intervensjonene var at de hadde et klart atferdsfokus, et begrenset timeantall (16 møter eller færre) og begynte senere (tidligst seks måneder etter fødselen). Konklusjonen ble derfor ”less is more” eller jo snevrere intervensjoner, dess bedre (Bakermans-Kranenburg et al., 2003).

Hvorfor ”less is more”?

Hva kan være årsaken til at forskerne bak meta-analysen ”less is more” fant at sensitivitetsfokuserte intervensjoner er mer effektive enn bredere intervensjoner? van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg og Juffer (2005) har ulike begrunnelser for dette.

For det første, er sensitivitetsfokuserte intervensjoner veldefinerte og har relativt avgrensede mål. Ved bredere tilnærminger med flere mål, kan det være vanskelig å oppnå en signifikant effekt på ett av de mange aspektene i intervensjonen.

For det andre, kan det være lettere for medarbeiderne å forstå protokollen ved sensitivitetsfokuserte intervensjoner. Medarbeiderne i mer omfattende intervensjoner må ofte være mer kvalifiserte og erfarne. Ifølge van IJzendoorn et al. (2005) kan det også være vanskeligere for medarbeiderne å følge protokollen ved en bred langtidsintervensjon. Dette kan forhindre positive utfall fra et potensielt effektivt program. Dersom intervensjonen er vellykket kan det være vanskelig å vite hva som er det effektive elementet. Ved en langvarig studie kan medarbeiderne (og deltakerne) bli overbelastet og slutte underveis. Det er dessuten

lettere å få tak i deltakere for en begrenset tidsperiode (Juffer, Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2005 ref fra van IJzendoorn et al., 2005)

Evaluering av meta-analysene

På bakgrunn av de to meta-analytiske studienes motstridende funn, ble et utvalg av intervensjonsstudiene evaluert. Totalt ble 14 intervensjoner inkludert i denne evalueringen. Årsaken til at nettopp disse ble valgt, var at de var forventet å ha størst effekt. Studiene møtte følgende kriterier: 1) de var publiserte, 2) de søkte å fremme foreldre-barn tilknytning, 3) deltakerne ble tilfeldig fordelt i en behandlings- og en kontrollgruppe, 4) intervensjonene benyttet minst én av de tre terapeutiske oppgavene og 5) studiene evaluerte tilknytningseffekten med hensyn til foreldre-barn relasjonen.

Evalueringen viste at intervensjonene var overveldende vellykkede (100 prosent) i å oppnå minst en terapeutisk oppgave. Kun seks av intervensjonene (43 prosent) førte imidlertid til en større andel av trygt tilknyttede barn. Kort fortalt, kom det frem at intervensjoner som søker å fremme tilknytningstrygghet har liten til moderat effekt. Kanskje et sted mellom ”marginally successful” (Egeland et al., 2000, p. 67 ref fra Berlin, 2005) og ”rather successful” (Bakermans-Kranenburg et al., 2003, p. 208 ref fra Berlin, 2005). Evalueringen tyder på at intervensjoner som søker å fremme tidlig tilknytning, ikke kan gi et definitivt svar på om ”less” eller ”more” er en effektiv behandlingsstrategi. Ifølge Berlin (2005) er dette sannsynligvis ikke en enten/eller posisjon. Siden pasienter kommer til behandling med svært forskjellige egenskaper og behov, vil trolig ”less is more” være bedre for noen, mens ”more is better” er bedre for andre (Berlin, 2005).

Sammenfatning av fokuserte versus brede intervensjoner

Bakermans-Kranenburg et al. (2003) fant altså at intervensjoner med et klart fokus og et lite timeantall er de beste. Fra et metodisk perspektiv er også den fokuserte tilnærmingen å foretrekke. Brede intervensjoner kan være effektive på visse målinger, men det er ofte uklart hvilke ingredienser har hatt en effekt (van IJzendoorn et al., 2005). van IJzendoorn et al. (2005) argumenterer for en ”bit for bit” tilnærming ved utvikling av effektive intervensjoner. Med det mener de at det beste er å starte med å teste effektiviteten av små byggestener eller intervensjonsmoduler. Dersom de viser seg å være vellykkede kan de kombineres i et mer effektivt overordnet program (van IJzendoorn et al., 2005).

5.2 Teoretiske problemstillinger

Kan barn ha ulik mottagelighet for intervensjonspåvirkning?

Velderman et al. (2006) fant i likhet med meta-analysen "less is more" (Bakermans-Kranenburg et al., 2003) at intervensjoner med et moderat timeantall og et klart atferdsfokus ga best resultat. 81 førstegangsmødre ble tilfeldig fordelt i en av to intervensjonsgrupper (VIPP eller VIPP-R) eller en kontrollgruppe. Intervensjonene bestod av fire intensive hjemmebesøk da barna var mellom syv og ti måneder gamle. Studien fant i likhet med meta-analysen at det er vanskeligere å fremme tilknytningstrygghet enn sensitivitet. De fant imidlertid også, i likhet med meta-analysen, at store effektstørrelser på foreldresensitivitet fremmer tilknytningstrygghet. Et annet funn var at svært reaktive barn og deres mødre var mer mottagelige for intervensjonene enn mindre reaktive barn. Dette ga støtte til Belsky (1997, ref fra Velderman et al., 2006) sin hypotese om at svært reaktive barn har en annen mottagelighet for miljøpåvirkning enn mindre reaktive barn. Barns ulike mottagelighet for miljømessig påvirkning kan være en årsak til forskjellig utfall ved tidligere intervensjonsstudier. Denne studien viste at foreldre av svært reaktive barn kan være de som har best utbytte av intervensjoner, selv når det er et lite timeantall. Studien viste altså at kun fire intensive hjemmebesøk førte til signifikant økning i positiv foreldreatferd. Det synes dermed lovende og kostnadsbesparende å benytte korte intervensjoner med et klart fokus. Ved fremtidig forskning på ulik mottagelighet er det viktig å teste langtidseffektene av intervensjoner med svært reaktive barn. Det er videre nødvendig med større utvalg for å skille mellom effekten av ulike typer intervensjoner for foreldre og barn (Velderman et al., 2006).

Atferds- og representasjonstilnærminger

Hva kan forklare at foreldresensitivitet lettere endres enn barns tilknytningstrygghet?

For det første, kan det være lettere å fremme endring i foreldresensitivitet (som er en mer nærliggende variabel) enn i foreldre-barn tilknytning (en fjernere variabel). Alternativt kan barn i intervensjonsgruppen ha blitt mindre unngående eller ambivalente, men (enda) ikke nok til å bli klassifisert som trygge i FS. Det kan også være at timingen av posttestene i en rekke intervensjonsstudier forhindrer en effekt på mor-barn tilknytningen. I de tilfeller hvor foreldresensitivitet og tilknytningstrygghet blir vurdert kort tid etter intervensjonen, kan det være for tidlig å observere endringer i barnets tilknytningsstatus. Muligens tar det litt tid før barnet forventer sensitiv respondering fra moren og restrukturerer sin arbeidsmodell av tilknytning. Muligheten for en slik "søvneffekt" peker på behovet for å time posttesten ved

intervensjonsstudier nøyaktig og understreker behovet for oppfølgingsstudier for å vurdere intervensjonseffekter over tid (van IJzendoorn et al., 2005)

Intervensjoner kan også skape diskrepans mellom representasjons- og atferdsnivået. De kan være effektive i å fremme foreldresensitivitet uten å påvirke foreldrepreretasjoner (van IJzendoorn, Juffer & Duyvesteyn, 1995 ref fra van IJzendoorn et al., 2005), eller motsatt. Hvis foreldre kun tilegner seg nye atferdsstrategier i interaksjon med barnet, kan det hende at de ikke vil være i stand til å hankses med tilknytningsbehovene til et barn som er i stadig utvikling. Hvis så er tilfelle, er generaliserbarheten av intervensjonen begrenset. På lang sikt kan diskrepansen mellom representasjons- og atferdsnivået virke mot sin hensikt fordi barnet kan oppleve en diskontinuitet mellom den sensitive forelderen i tidlige år og mangel på sensitivitet senere.

På den annen side, kan økt sensitivitet hos foreldrene fremkalle trygg tilknytningsatferd hos barnet og trygg foreldre-barn interaksjon, og noe som kan resultere i en fordelaktig endring av foreldrenes representasjoner over tid (Fraiberg et al., 1975 ref fra van IJzendoorn et al., 2005). Igjen er longitudinelle oppfølgingsstudier nødvendig for å teste hvilke av disse scenarioene som er mest sannsynlig.

Begrensning ved intervensjonsstudiene

En stor begrensning ved de fleste intervensjonsstudier til nå, er at de ikke utelukkende er rettet mot å forebygge desorganisert tilknytning hos barn eller har fokuset rettet mot reduksjon av skremt/skremmende foreldreatferd (van IJzendoorn et al., 2005). Spesielt med tanke på at det organiserte og det desorganiserte tilknytningsmønsteret kan anses som relativt uavhengige tilknytningsdimensjoner, og sensitivitet kun er svakt assosiert med desorganisering, bør dette inkluderes i intervensjonsstudier. Da desorganisert tilknytning hos barn også er en risikofaktor for senere psykopatologi, er det av stor klinisk viktighet å utvikle og teste slike intervensjonsprogrammer (van IJzendoorn et al., 2005)

Fokus på tidlig støtte

Med tanke på den tidlige forekomsten av forstyrrelser blant barn av deprimerte foreldre, trenger foreldre økt informasjon og støtte i foreldrerollen de første årene. Enkle screeningprosedyrer for depresjon blant vordende foreldre og foreldre med små barn utgjør en førstelinjeintervensjon som er lett å gjennomføre med hensyn til å identifisere deprimerte foreldre og gi ytterligere tjenester til de som trenger det (Lyons-Ruth et al., 2002).

Tidlige intervensjoner er å foretrekke fremfor reaktive intervensjoner, siden desorganisert tilknytning og omformingen av denne til kontrollerende atferd synes å være svært

motstandsdyktig mot endring (Prior & Glaser, 2006). Det at familievansker og atferdsproblemer hos barnet synes å vedvare selv etter at foreldredepresjonen er over (Downey & Coyne, 1990), vektlegger også betydningen av å utføre tidlige intervensjoner for å unngå feiltilpasning blant barn av deprimerede foreldre på lang sikt.

Ifølge Lyons-Ruth et al. (2002) er verken pediatri eller psykisk helsevern godt nok utstyrt til å gi utvidet hjelp til småbarnsforeldre. Dersom psykiatrien og pediatrien samarbeidet mer, eventuelt utviklet familiestøtteteam, ville dette gitt tverrfaglig ekspertise i psykofarmakologi, oppdatert utviklingsmessig kunnskap og kliniske ferdigheter i å jobbe med foreldre og barn.

6. OPPSUMMERING/KONKLUSJON

Vi innledet denne oppgaven med å henvise til de usynlige barna. Betegnelsen henspiller på barn i generell omsorgsrisiko. Disse barna preges av å vokse opp i familier hvor foreldrene, av ulike årsaker, strever med å tilby gode oppvekstvilkår. Ikke overraskende viser forskning at barn av foreldre med alvorlige vansker selv løper en risiko for senere psykososiale og psykiske problemer. De negative konsekvensene synes å være best dokumentert for barn av foreldre med affektive lidelser. Vi har derfor valgt å illustrere en generell problematikk ved å fokusere på konsekvenser for tidlig tilknytning hos barn av depressive mødre, så langt det var mulig. Enkelte steder gikk vi imidlertid utover dette, og så på følgetilstander for barn i omsorgsrisiko generelt.

Tilknytning kan defineres som et emosjonelt bånd som er basert på behovet for trygghet og beskyttelse. Dette er særlig fremtredende i spedbarnsalderen og i barneårene, hvor individet er umodent og sårbart. Vi kan skille mellom ulike tilknytningsmønstre hos barn. De organiserte tilknytningsmønstrene inkluderer trygg, unngående, og ambivalent tilknytning. De fleste barn vil omfattes av denne tredelingen. Noen kan imidlertid ikke plasseres i de tradisjonelle kategoriene. Som en konsekvens av dette, er det kommet med en fjerde tilknytningskategori, kalt desorganisert tilknytning. Sistnevnte kan deles inn i en sekundær underklassifisering med hensyn til graden av tilknytningstrygghet. Vi kan således skille mellom desorganisert-trygg og desorganisert-utrygg tilknytning. Forskning har vist at tilknytningsmønstre tenderer mot å være stabile på tvers av livsløpet, gitt et stabilt omsorgsmiljø. Utvikling er imidlertid aldri statisk, og endring er alltid mulig. Ulike faktorer kan bidra til forskjellige tilknytningsmønstre. Forskning har særlig fokusert på fire sannsynlige faktorer: foreldreatferd, egenskaper ved barnet, belastninger i familien, og oppdragelsesstilen i den kulturelle gruppen som mor og barn tilhører. Når det gjelder

foreldreatferd synes sensitivitet, eller mangel på denne, å stå særlig sentralt. Studier viser imidlertid at sensitivitet er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for å etablere trygg tilknytning. Som det går frem av oppgaven, har man enda ikke funnet noen fullgod forklaring på hvilke former for omsorgsutøvelse som medierer forbindelsen mellom foreldrenes arbeidsmodeller og foreldre-barn tilknytning (jf. overføringsgapet). På dette område er det derfor behov for mer forskning.

Da vi vet at foreldreatferd har betydning for tilknytningstrygghet hos barn, er det naturlig å se nærmere på hva som kjennetegner omsorgsutøvelse hos depressive mødre. En vesentlig årsak til at depresjon er såpass utslagsgivende kan være at mødrene ikke klarer å følge opp barnas initiativ på en god måte. Psykologisk insensitivitet og emosjonell utilgjengelighet har sammenheng med foreldredepresjon og er en av de sterkeste indikatorene på utrygg tilknytning mellom foreldre og barn. Det foreligger forskningsmessige funn som tyder på at det er mer skadelig for barn å vokse opp med foreldre som er emosjonelt utilgjengelige, enn foreldre som er fysisk fraværende. Forskning har vist at det er stor variasjon i depressiv mødreatferd. Depresjon kan lede til manglende respondering, passivitet og apati hos noen, mens andre er kronisk sinte, irritable og eventuelt utfører verbal og/eller fysisk mishandling. De senere årene er det identifisert to ulike omsorgsprofiler blant depressive mødre (hjelpeløs versus fiendtlig) som synes å være relatert til to ulike undergrupper av desorganisert tilknytning hos barn. Nærmere bestemt har fiendtlige mødre oftere barn med desorganisert-utrygg tilknytning. Hjelpeløse mødre har på sin side oftere barn med desorganisert-trygg tilknytning. Selv om depresjon kan gi seg utslag i inadekvat omsorg hos noen, er det verdt å merke seg at dette ikke er gjeldene for alle. Et vesentlig antall depressive mødre er i stand til å gi barna tilstrekkelig gode oppvekstvilkår.

I det foregående har vi kommet inn på hva som kjennetegner depressiv mødreatferd. Det er naturlig å se denne i sammenheng med hvilke konsekvenser mødredepresjon kan få for barn. Depresjon hos mor synes å ha negative effekter for barns sosio-emosjonelle og kognitive utvikling. Negative effekter utvikles over tid og tar ulik form på forskjellige tidspunkter i barnets liv. I spedbarnsalderen viser barn av deprimerte høyere forekomst av uro og irritabilitet, utviklingsforsinkelser, vanskelig temperament, og utrygg/desorganisert tilknytning, sammenlignet med barn av friske foreldre. I småbarnsalderen kjennetegnes de ved å ha større vansker med å regulere emosjonelle uttrykk, kontrollere aggressive impulser, dele og samarbeide med andre. Tilsvarende, viser barn av deprimerte mødre mer skoleproblemer, dårligere sosial kompetanse, og mer lese- og skrivevansker i skole og tenåringsalder. De har videre større risiko for senere psykopatologi. Spesielt med hensyn til

depresjon, men også når det gjelder andre former for psykiske lidelser, både av internaliserende og eksternaliserende art.

Foruten de konsekvensene som allerede er nevnt, har mødredepresjon også en effekt på tilknytningsmønster hos barn. Forskning har vist noe blandete funn. Totalt sett er det imidlertid funnet en sammenheng mellom depresjon hos mor og utrygg tilknytning hos barn. Tilsvarende er gjeldende for alvorlig/kronisk depresjon og desorganisert tilknytning. Som tidligere nevnt, kan depressive mødre være emosjonelt utilgjengelige for barna sine i lange perioder. Emosjonell utilgjengelighet er å betrakte som en risikofaktor for utrygg tilknytning. Videre har omsorgsprofilene (hjelpeløs versus fiendtlig) vist seg å ha sammenheng med to former for desorganisert tilknytning. Det er viktig å tilføye at mødredepresjon ikke alltid leder til utrygg tilknytning hos barn. Det er vesentlig å ta i betraktning alvorlighetsgraden, varigheten av depresjonen, og spesielt i hvilken grad denne påvirker morens sensitivitet overfor barnet. I hvert tilfelle kan det også være beskyttende faktorer til stede. Noen av disse kan komme fra barnet selv, andre faktorer kan være miljøbestemte. Slik sett vil noen barn av foreldre med affektive lidelser, inkludert bipolare lidelser, likevel danne trygg tilknytning.

De siste 15 årene er en rekke intervensjoner blitt utviklet med mål om å fremme tilknytningsrelasjonen mellom mor og barn. De varierer med hensyn til intensitet, varighet og fokus. De har dessuten gitt ulike funn med hensyn til behandlingseffekt. Vi har valgt å skille mellom tre hovedkategorier, henholdsvis intervensjoner som søker å fremme sensitiv mødre-atferd, intervensjoner som søker endre indre arbeidsmodeller hos omsorgsgiver, og intervensjoner som kombinerer de to førstnevnte tilnærmingene. Det er videre mulig å skille mellom snevre og mer omfattende intervensjoner. I diskusjonsdelen kom det frem at ulike meta-analyser har sett nærmere på hva som har best effekt på endring av sensitivitet og tilknytningskvalitet. Bakermans-Kranenburg og medarbeidere (2003) argumenterte for snevre intervensjoner med et klart atferdsfokus. Motsatt, argumenterte Egeland og medarbeidere (2000) for omfattende, intensive intervensjoner. Vi slutter oss til Berlins (2005) argumentasjon om at disse konklusjonene ikke nødvendigvis står i noe motsetningsforhold til hverandre. Pasientgrupper oppsøker hjelpetjenesten med ulike egenskaper og behov. Det er derfor naturlig at ulike hjelpetilbud vil appellere til forskjellige pasienter. Noen sliter med vansker på et område av omsorgsutøvelse i kjølevannet av mødredepresjon og vil kunne profitere på en atferdsrettet tilnærming med et begrenset timeantall. Andre har vansker av sammensatt karakter (jf. rusproblemer eller sosiale problemer i tillegg til mødredepresjon) og har behov for et mer omfattende hjelpetilbud. Ifølge Eberhard-Gran og Slinning (2007) synes det videre viktig også å ivareta fedre i en krevende barselperiode. Partnere av depressive

mødre blir stilt i en vanskelig situasjon hvor de må vise kompensierende omsorgsutøvelse. Da vi vet at fedre kan ha en viktig rolle som buffer mot negative effekter av mødredepresjon hos barn, synes det naturlig å inkludere disse i behandlingen i større grad enn det som er tilfelle i dag.

Som det går frem av oppgaven, er mange av effektene som vises av barn av depressive mødre uspesifikke, i den forstand at de også vises av barn som utsettes for generell omsorgsrisiko. Goodman og Gotlib (1999) fremhevet betydningen av å forske på fellesfaktorer knyttet til foreldrepsykopatologi, heller enn å se nærmere på enkeltstående diagnostiske kategorier. Dette synes å være et viktig område for fremtidig forskning. Videre er det viktig at det forskes mer på konsekvenser for barn av depressive fedre, da dette er et område som er lite undersøkt.

Referanser:

- Allison, S. (2006). Editorial: Attachment and family therapy. *Australian and New Zealand journal of family therapy*, 27, iii-iv.
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J., & Nolen-Hoeksema, S. (2000). *Hilgards introduction to psychology*. Forth Worth, Tex.: Hartcourt College Publishers.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., & van IJzendoorn, M. H. (1998). Interventions with video feedback and attachment discussions: does type of maternal insecurity make a difference? *Infant mental health journal*, 19, 202-219.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more: meta-analysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological bulletin*, 129, 195-215.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2007). Research review: Genetic vulnerability or differential susceptibility in child development: the case of attachment. *Journal of child psychology and psychiatry*, 48, 1160-1173.
- Beardslee, W. R., Salt, P., Porterfield, K., Rothberg, P. C., van de Velde, P., Swatling, S., Hoke, L., Moilanen, D. L., & Wheelock, I. (1993). Comparison of preventive interventions for families with parental affective disorders. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 32, 254-263.
- Belsky, J. (2001). Emanuel Miller lecture: developmental risks still associated with early child care. *Journal of child psychology and psychiatry*, 42, 845-859.
- Berlin, L. J. (2005). Interventions to enhance early attachments: the state of the field today. I L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, & M. Greenberg (Eds.), *Enhancing early attachments* (s. 3-33). New York: The Guilford Press.
- Berlin, L. J., & Cassidy, J. (2000). Parenting and attachment. I J. D. Osofsky & H. E. Fitzgerald (Eds.), *WAIMH handbook of infant mental health: Vol. 3. Parenting and child care* (s. 137-170). New York: Wiley.
- Bernard-Bonnin, A. C. (2004). Maternal depression and child development. *Pediatric child health*, 9, 575-583.
- Bowlby, J. (1969, 1997). *Attachment and loss* (2nd ed): Vol. 1. *Attachment*. London: Primlico.
- Burke, L. (2003). The impact of maternal depression on familial relationships. *International review of psychiatry*, 15, 243-255.
- Cassidy, J., Woodhouse, S. S., Cooper, G., Hoffman, K., Powell, B., & Rodenberg, M. (2005). Examination of the precursors of infant attachment security: implications for

- early intervention research. I L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, & M. Greenberg (Eds.), *Enhancing early attachments* (s. 34-60). New York: The Guilford Press.
- Chilcoat, H. D., & Breslau, N. (1997). Does psychiatric history bias mothers' reports? An application of a new analytic approach. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 36, 971-979.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1995). Developmental psychopathology and disorders of affect. I D. Cicchetti, & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 2. Risk, disorder, and adaption* (s. 369-420). New York: Wiley.
- Cicchetti, D., & Toth, S.L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American psychologists*, 53, 221-241.
- Cicchetti, D., Toth, S.L., & Rogosch, F. A. (1999). The efficacy of toddler-parent psychotherapy to increase attachment security in offspring of depressed mothers. *Attachment and human development*, 1, 34-66.
- Cicchetti, D., Toth, S. I., & Rogosch, F. A. (2004). Toddler-parent psychotherapy for depressed mothers and their offspring: implications for attachment theory. I L. Atkinson, & S. Goldberg (Eds.), *Attachment issues in psychopathology and intervention* (s. 229-275). Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum
- Cohen, N. J., Muir, E., Parker, C. J., Brown, M., Lojkasek, M., Muir, R., & Barwick, M. (1999). Watch, Wait and Wonder: Testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy. *Infant and mental health journal*, 20, 429-451.
- Cole, M., Cole S. R., & Lightfoot, C. (2005). *The development of children* (5th ed). New York: Worth Publishers.
- Cooper, P. J., & Murray, L. (1998). Postnatal depression. *British medical journal*, 172, 58-63.
- Cooper, G., Hoffman, K., Powell, B., & Marvin, R. (2005). The circle of security intervention. In L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, & M. T. Greenberg (Eds.), *Enhancing early attachments* (s. 127-152). New York: Guilford Press.
- Crittenden, P. M. (2000). A dynamic-maturational approach to continuity and change in pattern of attachment. I A. H. Claussen, & P. M. Crittenden (Eds.), *The organization of attachment relationships: maturation, culture and context* (s. 343-357). New York: Cambridge university press.
- Crittenden, P. M. (2005). Attachment theory, psychopathology, and psychotherapy: The dynamic maturational approach. *Psicoterapia*, 30, 171-182.
- Crittenden, P. M., Claussen, A. H., & Kozłowska, K. (2007). Choosing a valid assesment of attachment for clinical use: a comparative study. *The Australian and New Zealand*

- journal of family therapy*, 28, 78-87.
- Cummings, E. M., & Cicchetti, D. (1990). Toward a transactional model of relations between attachment and depression. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (s. 339-372). Chicago: University of Chicago Press.
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (1999). Depressed parents and family functioning: interpersonal effects and children's functioning and development. I T. Joiner, & J. C. Coyne (Eds.), *The interactional nature of depression: advances in interpersonal approaches* (s. 299-327). Washington: American Psychological Association.
- Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2000). *Developmental psychopathology and family process: theory, research and clinical implications*. New York: The Guilford Press.
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of child psychology and psychiatry*, 35, 73-112.
- De Wolff, M. S., & van IJzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child development*, 68, 571-591.
- Downey, G., & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: an integrative review. *Psychological bulletin*, 108, 50-76.
- Eamon, M. K., & Zuehl, B. S. (2001). Maternal depression and physical punishment as mediators of the effect of poverty on socioemotional problems of children in single-mother families. *American journal of orthopsychiatry*, 71, 218-226.
- Eberhard-Gran, M., & Slinning, K. (2007). *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Egeland, B. (2004). Attachment-based intervention and prevention programs for young children. I R. E. Tremblay, R. Peters, M. Bowin, & R. G. Barr (Eds.), *Encyclopedia on early childhood development* (s. 1-7). Centre of excellence for early childhood development.
- Eisen, A., Schaefer, C. E., & Barlow, D. H. (2007). *Separation anxiety in children and adolescents. An individualised approach to assessment and treatment*. New York: Guilford Publications.
- Elgard, F. J., McGrath, P. J., Waschbusch, D. A., Stewart, S. H., & Curtis, L. J. (2004). Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems. *Clinical psychology review*, 24, 441-459.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and*

the development of the self. New York: Other books.

- Forman, D. R., O'Hara M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., Larsen, K. E., & Coy, K. C. (2007). Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Development and psychopathology*, 19, 585-602.
- Gelfand, D. M., & Teti, D. M. (1990). The effects of maternal depression on children. *Clinical psychology review*, 10, 329-353.
- Goodman, G. (2007). Attachment-based intervention with prepubertal children: The impact of parent, child, and therapist mental representations on intervention points of entry. *Journal of psychology and psychiatry*, 1, 1-20.
- Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological review*, 106, 458-490.
- Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (2002). *Children of depressed parents: mechanisms of risk and implications for treatment*. Washington, DC: American Psychological Association
- Goldsmith, H. H., Bradshaw, D. L., & Riesen-Danner, L. A. (1986). Temperament as a potential developmental influence on attachment. *New directions for child development*, 31, 5-34.
- Gotlib, I. H., & Goodman, S. H. (1999). Children of parents of depression. I W. K. Silverman & T. H. Ollendick (Eds.), *Developmental issues in the clinical treatment of children* (s. 415-432). Boston: Allyn and Bacon
- Hammen, C. (1991). *Depression runs in families: the social context of risk and resilience in children of depressed mothers*. New York: Springer-Verlag.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2005). Enhancing childrens socioemotional development: a review of intervention studies. I D. M. Teti (Ed.), *Handbook of research methods in developmental science* (s. 213-233). Oxford: Blackwell publishing.
- Jung, V., Short, R., Letourneau, N., & Andrews, D. (2007). Interventions with depressed mothers and their infants: Modifying infant behaviors. *Journal of affective disorders*, 98, 199-205.
- Koski, L. R., & Shaver, P. R. (1997). Attachment and relationship security across the life span. I R. J. Sternberg, & M. Hojjat (Eds.), *Satisfaction in close relationships* (s. 26-56). New York: The Guilford Press.
- Kringlen, E. (2005). *Psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Krüger, B. M. (2000). *Depresjonshåndboka*. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag.
- Lewis, M., Feiring, C., & Rosental, S. (2000). Attachment over time. *Child development*, 71, 707-720.
- Littlewood, J., & McHugh, N. (1997). *Maternal distress and postnatal depression. The myth of Madonna*. London: Macmillan.
- Lyons-Ruth, K., & Block, D. (1996). The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant mental health journal*, 17, 257-275.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Atwood, G. (1999a). A relational diathesis model of hostile-helpless states of mind: expressions in mother-infant interaction. I J. Solomon, & C. George (Eds.), *Attachment desorganization* (s. 33-70). New York: The Guilford press.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Parsons, E. (1999b). Maternal disrupted affective communication, maternal frightened or frightening behaviour, and disorganized infant attachment strategies. I J. Vondra & D. Barnett (Eds.), *Atypical patterns of infant attachment: Theory, research and current directions* (s. 67-96). Chicago: University of Chicago Press.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. I J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications* (s. 520-554). New York: The Guilford Press.
- Lyons-Ruth, K., Lyubchik, A., Wolfe, R., & Bronfman, E. (2002). Parental depression and child attachment: hostile and helpless profiles of parent and child behaviour among families at risk. I S. Goodman, & I. H. Gotlib (Eds.), *Children of depressed parents: mechanisms of risk and implications for treatment* (s. 89-120). Washington, DC: American Psychological Association.
- Malt, U. F., Retterstøl, N., & Dahl, A. A. (2003). *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag.
- Manassis, K., Owens, M., Adam, K. S., West, M., Sheldon-Keller, A. F. (1999). Assessing attachment: convergent validity of the adult attachment interview and the parental bonding instrument. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 33, 559-567.
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: is frightening and/or frightening parental behaviour the linking mechanism? I M. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.),

- Attachment in the preschool years: theory, research and intervention* (s. 161-184). Chicago: University of Chicago press.
- Meins, E. (1999). Sensitivity, security and internal working models: bridging the transmission gap. *Attachment and human development*, 1, 325-342.
- Meins, E., Fenyhough, C., Fradley, E., & Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: mothers comments on infants mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of child psychology and psychiatry*, 42, 637-648.
- McCarty, C. A., & McMahon, R. J. (2003). Mediators of the relation between maternal depressive symptoms and the child internalizing and disruptive behavior disorders. *Journal of family psychology*, 17, 545-556.
- McMahon C. A., Barnett, B., Kowalenko, N. M., & Tennant, C. C. (2006). Maternal state of mind moderates the impact of postnatal depression on infant attachment. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47, 660-669.
- Mörelus, E., Nelson, N., & Gustavsson, P. A. (2006). Salivary cortisol response in mother-infant dyads of high psychosocial risk. *Child: care, health and development*, 33, 128-136.
- Perlstein, T. (2008). Perinatal depression: treatment options and dilemmas. *Journal of Psychiatry and neuroscience*, 33, 302-318
- Prior, V., & Glaser, D. (2006). *Understanding attachment and attachment disorders. Theory, evidence and practice*. Child and adolescent mental health series. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Richters, J. E. (1992). Depressed mothers as informants about their children: A critical review of the evidence for distortion. *Psychological bulletin*, 112, 485-499.
- Rimehaug, T., Børstad, J. M., Helmersberg I., & Wold, J. E. (2006). De ”usynlige” barna. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 11, 1493-1494.
- Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (1999). Frightening maternal behavior linking unresolved loss and disorganized infant attachment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67, 54-63.
- Shields, B. (2006). *Så begynte det å regne. En fortelling om fødselsdepresjon*. NW: Damm & Søn A/S
- Slade, A., Grienberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: a preliminary study. *Attachment and human development*, 7, 283-298.
- Smith, L. (2002). *Tilknytning og barns utvikling*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

- Smith, L. (2004). *Barn med atferdsvansker: en utviklingspsykopatologisk tilnæringsmåte*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Smith, L., & Ulvund, S. E. (1999). *Spedbarnsalderen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Spangler, G., & Zimmerman, P. (1999). Attachment representation and emotion regulation in adolescents: a psychobiological perspective on internal working models. *Attachment and human development, 1*, 270-290.
- Sroufe, A. L. (2005). Attachment and development: A prospective longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment and human development, 7*, 349-367
- Sroufe, A. L., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005). *The development of the person: the Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: The Guilford Press.
- Teti, D. M., Gelfand, D., Messinger, D., & Isabella, R. (1995). Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschoolers and their mothers. *Developmental psychology, 31*, 364-376.
- Thompson, R. A. (1999). Early attachment and later development. I J. Cassidy, & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (s. 265-287). New York: The Guilford Press.
- Toth, S. L., Rogosch, F. A., Manly, J. T., & Cicchetti, D. (2006). The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder: A randomized preventive trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 74*, 1006-1016.
- van Doesum, K. T. M., Hosman, C. M. H., & Riksen-Walraven, M. J. (2005). A model-based intervention for depressed mothers and their children. *Infant mental health journal, 26*, 157-176.
- van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview. *Psychological bulletin, 117*, 387-403.
- van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. K. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Development and psychopathology, 11*, 225-249.
- van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Juffer, F. (2005). I L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, & M. T. Greenberg (Eds.), *Enhancing early attachment* (s. 297-312). New York: The Guilford Press.
- Velderman, M. K., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., & van IJzendoorn, M. H. (2006).

Effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant attachment: differential susceptibility of highly reactive infants. *Journal of family psychology*, 20, 266-274.

Weinfield, N. S., Whaley, G. J. L., & Egeland, B. (2004). Continuity, discontinuity, and coherence in attachment from infancy to late adolescence: Sequelae of organization and disorganization. *Attachment and human development*, 6, 73-97

Weissman, M. M., Gammon, G. D., John, K., Merikangas, K. R., Warner, V., Prusoff, B., & Sholomskas, D. (1987). Children of depressed parents: increased psychopathology and early onset of early depression. *Archives of general psychiatry*, 44, 847-853.

Zeanah, P. D., Stafford, B., & Zeanah, C. H. (2005). Clinical interventions to enhance infant mental health: A selective review. *National center for infant and early childhood health policy* (s. 1-15). UCLA, Center for healthier children, families and communities.